

**Document de recherche appliquée
principale No 16-F**

**LA PRESTATION DE SOINS DE SANTE
PAR LE SECTEUR PRIVE: SENEGAL**

Soumis au

**Projet de recherche et d'analyse des ressources sanitaires
et humaines pour l'Afrique (HHRAA)
Division des ressources humaines et de la démocratie
Office du développement durable
Bureau pour l'Afrique**

et

**à la Division des politiques et de la réforme sectorielle
Office de la santé et de la nutrition
Centre pour la population, la santé et la nutrition
Bureau pour les programmes mondiaux, le soutien de terrain et la recherche
Agence des Etats-Unis pour le développement international**

Par

**James C. Knowles
Abdo S. Yazbeck
Steven Brewster, Consultant
Abt Associates Inc.**

avec

**Bineta Ba
REDSOWCA**

Décembre 1994

**HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY (HFS) PROJECT
(Projet financement et pérennisation des soins de santé)**

**ABT ASSOCIATES INC., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814
Tél.: (301) 913-0500 Fax: (301) 652-3916
Télex: 312638**

**Management Sciences for Health, Sous-traitant
The Urban Institute, Sous-traitant**

AID Contract No DPE-5974-Z-00-9026-00

ABREGE

Comme dans de nombreux pays en développement, les performances inégales des établissements de santé du secteur public au Sénégal ont amené la population à se tourner de plus en plus vers le secteur privé, notamment les guérisseurs traditionnels, les pharmacies et autres fournisseurs de médicaments, les médecins et le personnel paramédical privés, les prestataires non gouvernementaux (par exemple les établissements qui dépendent d'églises) et les médecins d'Etat qui ont une clientèle en dehors de leurs heures de service. Préparé pour le Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, le présent document évalue la capacité du secteur privé sénégalais à contribuer à la réalisation de buts de santé publique et il examine l'adéquation des rapports existants entre les secteurs public et privé.

L'étude conclut que l'urbanisation rapide qui se poursuit et la progression des prestataires de santé privés dans les zones urbaines soulignent que le secteur privé doit jouer un rôle accru, en particulier en milieu urbain. Elle recommande que les initiatives pour renforcer le rôle du secteur privé soient axées sur: 1) la distribution des produits de santé publique (tels que les contraceptifs, les sels de réhydratation orale et les suppléments de fer); et 2) la prestation de services de santé publique. L'étude identifie certaines contraintes majeures qui entravent le développement du secteur privé, notamment les règlements gouvernementaux, la fiscalité et les subventions, et elle formule des recommandations précises pour des actions qui stimuleraient l'expansion du secteur privé.

REMERCIEMENTS

La présente étude a largement bénéficié de commentaires substantiels des experts suivants qui l'ont examinée: A. Bekele, C. Leighton, R. Vogel, A. Creese, A. Mills, L. Gilson, H. Sukin et J. Tomaro. Les auteurs sont également reconnaissants à Fatima Hann Sy et à Chris Barrett pour leur assistance, ainsi qu'aux responsables et au personnel du Ministère de la santé publique et de l'action sociale (MSPAS) et de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) à Dakar.

Ce compte rendu s'inscrit dans le cadre d'activités de recherche et d'analyse du portefeuille Financement des soins de santé et développement du secteur sanitaire privé du Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA), sous la direction technique d'Abraham Bekele.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES SIGLES	viii
AVANT-PROPOS	x
RESUME ANALYTIQUE	xii
1.0 INTRODUCTION	1
1.1 JUSTIFICATION D'UNE PARTICIPATION ACCRUE DU SECTEUR PRIVE	1
1.2 BUT DU DOCUMENT	2
1.3 L'ECONOMIE DU SENEGAL	3
1.4 LE SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL	4
1.5 AGENCEMENT DU RAPPORT	7
2.0 METHODOLOGIE	9
3.0 CONTEXTE	11
3.1 SITUATION ET PROBLEMES SANITAIRES	11
3.2 SECTEUR SANITAIRE PUBLIC	12
3.2.1 Infrastructure sanitaire	12
3.2.2 Personnel	13
3.2.3 Approvisionnement en médicaments et distribution	13
3.2.4 Financement des dépenses de santé	14
3.2.5 Utilisation et résultats	14
3.3 PROGRAMME DE REFORME DU SECTEUR SANITAIRE	16
3.3.1 Réorganisation	16
3.3.2 Tarification des services	17
3.3.3 Décentralisation	18
4.0 CONCLUSIONS	19
4.1 DIMENSION, PORTEE ET REPARTITION DU SECTEUR SANITAIRE PRIVE	19
4.1.1 Secteur à but non lucratif	19
4.1.2 Secteur à but lucratif	21
4.1.3 Médecine traditionnelle	23
4.1.4 Assurance-maladie	26

4.2	PERFORMANCE GENERALE DU SECTEUR PRIVE	28
4.2.1	Utilisation	28
4.2.2	Coûts et efficacité	29
4.2.3	Qualité des soins	31
4.3	CONTRIBUTION DU SECTEUR PRIVE AUX PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE	32
4.3.1	Services de santé génésique	33
4.3.2	Maladies transmissibles	38
4.4	COLLABORATION ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVE	44
4.4.1	Subventions	44
4.4.2	Taxes et contrôle des prix	45
4.4.3	Assurance	45
4.4.4	Contrôles juridiques et réglementaires	46
4.5	FACTEURS QUI AFFECTENT LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE	47
4.5.1	Environnement juridique et réglementaire	47
4.5.2	Environnement financier	48
4.5.3	Prix et capacité à payer	50
5.0	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	53
5.1	CONTRIBUTIONS DU SECTEUR PRIVE AUX OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE	53
5.1.1	Distribution de produits de santé publique	54
5.1.2	Prestation de services de santé publique	55
5.2	AMELIORER LA COLLABORATION ENTRE LES SECTEURS PUBLICS ET PRIVES	55
5.2.1	Amélioration de la coordination	55
5.2.2	Collaboration avec les prestataires d'ONG	56
5.2.3	Collaboration avec les guérisseurs traditionnels	56
5.2.4	Collaboration avec les pharmacies et le secteur pharmaceutique	57
5.2.5	La clientèle privée des médecins du secteur public en dehors des heures de service	58
5.3	ENCOURAGER LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE	59
5.3.1	Fournir un environnement favorable	59
5.3.2	Stimuler le développement de l'assurance-maladie	60
5.3.3	Promouvoir le recouvrement des coûts	61
5.3.4	Subventionner la prestation privée de services de santé préventifs	61
5.3.5	Rendre le crédit plus accessible	62
5.3.6	Examiner les taxes et les droits d'importation	62
	BIBLIOGRAPHIE	63

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1-1 DEPENSES ESTIMEES DU SECTEUR SANTE	7
TABLEAU 3-1 PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS (pourcentage des enquêtés lors de l'EDS 1992/93)	12
TABLEAU 3-2 PRINCIPAUX OBSTACLES A L'OBTENTION DE SOINS DE SANTE (pourcentage des enquêtés)	15
TABLEAU 4-1 TYPOLOGIE DES PRESTATAIRES PUBLICS ET PRIVES	20
TABLEAU 4-2 SOURCE DE LA PREMIERE CONSULTATION	29
TABLEAU 4-3 REPARTITION DES DISTANCES ENTRE LE LIEU DE RESIDENCE ET LES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES (pourcentage)	34
TABLEAU 4-4 SOURCES DE TRAITEMENT DE LA DIARRHEE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (pourcentage)	40
TABLEAU 4-5 SELS DE REHYDRATATION ORALE: SOURCES MENTIONNEES PAR LES MERES (pourcentage)	41
TABLEAU 4-6 SOURCES DE TRAITEMENT DE LA FIEVRE/TOUX CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (pourcentage)	43

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1-1 Pourcentage du PNB consacré à la santé	6
--	---

LISTE DES SIGLES

ASBEF	Association sénégalaise pour le bien-être familial
AT	Accoucheuse traditionnelle
CSD	Comité sanitaire de district
CSS	Compagnie sucrière du Sénégal
DIU	Dispositif intra-intérin
EDS	Enquête démographique et de santé au Sénégal
ESP	Enquête sur les priorités 1991-92, sous l'égide de la Banque mondiale
FCFA	Franc de la Communauté financière africaine, monnaie du Sénégal
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
GS	Gouvernement du Sénégal
HFS	Financement et pérennisation des soins de santé
HMO	Organisation de maintien de la santé
HHRAA	Analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique
IEC	Information, éducation, communication
IPM	Institut de prévoyance maladie
IPPF	Fédération internationale pour la planification de la famille
MSPAS	Ministère de la santé publique et de l'action sociale du Sénégal
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OMC	Organisation médicale communautaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPTS	Office des postes et télécommunication
OSC	Organisation de santé communautaire
PNA	Pharmacie nationale d'approvisionnement (Distributeur pharmaceutique du secteur public)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PSF	Projet santé familiale
SENELEC	Compagnie d'électricité
SMI	Santé maternelle et infantile
SOMARC	Projet de marketing social pour le changement
SONEES	Compagnie des eaux
SOTRAC	Compagnie d'autocars publics
SRO	Sels de réhydratation orale
TRO	Thérapie par réhydratation orale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VSPP	Volet secteurs privé et parapublic

AVANT-PROPOS

Le Projet de financement et de pérennité des soins de santé (HFS) offre une assistance technique et une formation, mène de la recherche appliquée et diffuse les informations aux pays en développement, dans le domaine de l'économie de la santé, du développement des politiques du secteur de la santé et de la gestion des services de santé. La composante Recherche appliquée du projet donne la possibilité d'accroître les connaissances des questions complexes sous-tendant les problèmes de financement du secteur de la santé et permet à davantage de personnes qualifiées de contribuer à l'analyse et à la réforme des politiques. Le projet HFS a concentré ses activités de recherche appliquée dans les domaines suivants : recouvrement des coûts, efficacité de la production, financement social et développement du secteur privé en matière de santé.

Dans le cadre de la composante Recherche appliquée du projet, HFS aura réalisé près de 30 projets de recherche appliquée de portée restreinte entre 1989 et 1994. Il s'agit d'études entreprises par des chercheurs de pays en développement, des chercheurs de HFS ou des universitaires aux États-Unis. Les objectifs de ce programme sont de réaliser de la recherche appliquée dans les pays en développement et d'encourager le renforcement des capacités locales à mener des recherches.

La plupart des activités de ce programme ont été lancées par le biais de propositions faites au projet HFS. Ces propositions sont évaluées par le personnel de HFS en se basant sur des critères tels que l'orientation pratique, les besoins en ressources et en temps et le fait qu'elles cadrent avec le programme de recherche de HFS. La plupart des propositions acceptées par HFS ont subi plusieurs révisions à mesure que les chercheurs affinaient leurs objectifs, hypothèses et méthodologies de recherche en se basant sur les suggestions et commentaires du personnel de HFS. Une fois approuvées, les activités de recherche sont supervisées par les chefs de projet de HFS qui travaillent en collaboration étroite avec les principaux chercheurs pour contrôler la qualité des travaux, s'assurer que le calendrier est respecté et faciliter la logistique.

D'autres activités de recherche appliquée de portée restreinte sont réalisées en conjonction avec l'assistance technique ou des activités importantes de recherche du projet HFS. Dans ces cas, les projets de recherche restreints contribuent à fournir des conseils techniques aux clients ou à ajouter au corps de connaissance sur le financement et l'économie de la santé.

Comme pour toute la recherche de HFS, la version préliminaire de ces rapports de recherche est révisée par le personnel de HFS, puis évaluée par des réviseurs techniques externes choisis sur la base de leur expérience dans ce domaine et/ou de leur connaissance de la région.

Ricardo Bitran
Directeur de la Recherche appliquée

RESUME ANALYTIQUE

Le Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a fourni des fonds au Projet financement et pérennisation des soins de santé (HFS) pour étudier le développement des services de santé du secteur privé en Tanzanie. Cette étude s'inscrit dans le cadre des activités plus larges du HHRAA visant à étudier le développement du secteur sanitaire privé dans quatre pays africains: Kenya, Sénégal, Tanzanie et Zambie. Cet effort plus vaste atteste de l'intérêt que le Bureau Afrique de l'USAID apporte à l'identification de possibilités pour des partenariats public-privé du secteur de la santé pour pouvoir utiliser les ressources existantes de manière plus efficace afin d'augmenter et d'améliorer la disponibilité des services de santé pour les populations africaines et d'améliorer ainsi leur état sanitaire. Cette étude constitue en outre l'une des grandes activités de recherche appliquée du Projet HFS.

Ces questions sont particulièrement pertinentes pour le Sénégal où, compte tenu des ressources limitées du secteur public, il est de plus en plus important de rechercher des sources non gouvernementales de financement pour les services de santé — comme la facturation des utilisateurs. Ces contraintes ont également amené le Ministère de la santé publique et de l'action sociale (MSPAS) à rechercher des sources non gouvernementales de soins pour accroître les services de santé disponibles afin d'être mieux à même de satisfaire les besoins de la population.

BUT ET PORTEE

La présente étude a pour objectif de fournir une information et une analyse de référence que le MSPAS puisse utiliser dans la formulation de politiques qui renforcent les partenariats public-privé dans le but d'avoir une couverture plus large, de rehausser la qualité et l'efficacité des services de santé et d'améliorer la situation sanitaire au Sénégal. L'étude cherche en particulier à:

- ▲ Décrire les dimensions et la portée du secteur privé dans la prestation de soins au Sénégal et évaluer le rôle actuel et potentiel du secteur privé dans la promotion des priorités de santé publique;
- ▲ Décrire les liens actuels entre les secteurs public et privé des soins et identifier les domaines de collaboration potentiels pour une meilleure prestation de services de soins; et
- ▲ Identifier les facteurs qui ont une incidence sur le développement du secteur privé au Sénégal, en particulier les questions juridiques, réglementaires, fiscales et financières.

METHODOLOGIE

La présente étude a fait largement appel à des sources secondaires d'information provenant de rapports, analyses, statistiques gouvernementales et enquêtes disponibles. HFS a aussi effectué une enquête qualitative en avril-mai 1994 portant sur 57 établissements du secteur privé (2 hôpitaux, 6 cliniques et 49 dispensaires). Quatre catégories de prestataires privés ont été incluses dans l'enquête: postes de santé catholiques; formations sanitaires de sociétés privées et d'entreprises parapubliques; prestataires privés à but lucratif; et autres prestataires (tels que Croix-Rouge et établissements musulmans). Une série de questions ouvertes était posée concernant: 1) les problèmes rencontrés lors de la création d'un cabinet privé; 2) les facteurs ayant une incidence sur le secteur privé; 3) les suggestions des prestataires pour des politiques gouvernementales qui encourageraient le secteur sanitaire privé et qui renforceraient son rôle dans la prestation de services de santé publique; et 4) les attitudes des prestataires vis-à-vis des guérisseurs traditionnels.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dimension, portée et répartition du secteur sanitaire privé

L'infrastructure sanitaire privée au Sénégal comprend des établissements à but non lucratif; des établissements privés à but lucratif; et des médecins, infirmiers/infirmières et sages femmes ayant une clientèle privée. En outre, il y a un réseau de pharmacies privées (et de vendeurs de médicaments à la sauvette) qui se situent pour la plupart dans des villes de grande et de moyenne importance, et un vaste réseau de tradipraticiens. Enfin, un certain nombre d'employeurs ont leurs propres formations sanitaires qui font partie des avantages accordés à leurs employés.

Le secteur privé à but non lucratif comprend des formations sanitaires qui sont gérées par des organisations non gouvernementales (ONG), telles que l'Eglise catholique et la Croix-Rouge, et des formations sanitaires d'entreprise exploitées par les gros employeurs pour leurs employés et les personnes à la charge de ceux-ci. Sur les 659 postes de santé qui existent au Sénégal, 85 sont gérés par des ONG — dont 68 sont catholiques. Les postes de santé catholiques ne représentent que 10 pour cent des postes de santé mais ils ont dispensé, selon les estimations, 40 pour cent de toutes les visites effectuées à l'ensemble des postes de santé en 1988. En outre, la Croix-Rouge gère 13 centres médicaux-social, et l'Association sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF) gère deux centres de planification familiale, à Dakar et à Louga; et il y a un seul hôpital véritablement privé à but non lucratif, à Thiès. On estime que ces services d'ONG couvrent de 5 à 10 pour cent de la population.

Les entreprises qui emploient 450 personnes ou plus doivent recruter un médecin permanent. Qui plus est, nombre de patrons fournissent des services de santé à leur personnel par le truchement de dispensaires sur le lieu de travail qui vont de postes de premiers soins installés dans une pièce à des hôpitaux généraux. Il y a de grandes variations dans le genre de services qui sont fournis.

Les prestataires privés à but lucratif — essentiellement des prestataires privés et de petites cliniques — sont situés pour la plupart à Dakar et sont axés sur les soins curatifs plutôt que préventifs. Leurs services sont trop onéreux pour la majorité des Sénégalais. En 1991, il y avait 25 polycliniques privées (19 à Dakar) fournissant des soins ambulatoires, une hospitalisation générale et des soins

d'obstétrique. Il y avait par ailleurs 47 postes de santé privés à but lucratif et 32 infirmeries, dont beaucoup appartenaient à des infirmiers/infirmières et des infirmières/sages femmes. En 1989, il y avait 150 médecins et 16 infirmières ayant une clientèle privée, environ 75 pour cent d'entre eux pratiquaient à Dakar. Il y avait également un petit nombre de médecins au chômage (environ 60 en 1991) et un nombre inconnu de prestataires du secteur public qui avaient une clientèle privée après leurs heures de service. Ces activités au noir sont illégales mais aucune mesure n'est prise pour les limiter.

Le secteur pharmaceutique privé au Sénégal est constitué de trois compagnies locales qui fabriquent des produits pharmaceutiques, d'un réseau de distribution de quatre gros importateurs/grossistes, de 247 pharmacies privées (49 à Dakar) et d'environ 250 dépôts de médicaments, ou de pharmacies villageoises qui disparaissent petit à petit. L'Etat contrôle l'implantation des pharmacies par ses procédures d'attribution de licences.

Les praticiens traditionnels sont bien répartis sur l'ensemble du pays et ils sont donc plus accessibles que les praticiens modernes. Ils sont aussi plus abordables et acceptables du point de vue culturel. Les praticiens traditionnels ne sont soumis à aucune réglementation des pouvoirs publics, bien que l'on estime que 90 pour cent de la population fasse appel à leurs services.

Il y a trois types différents d'assurance-maladie qui couvrent les salariés et leur famille:

- ▲ Les employés, les retraités du secteur public et leur famille (environ 400.000 personnes en 1991) sont couverts par un programme qu'administre le Ministère des finances (Trésor), qui rembourse 80 pour cent des frais de santé couverts des employés et de leur famille.
- ▲ Certains employeurs privés fournissent une assurance-maladie privée à leurs cadres de gestion et à leur personnel professionnel, ainsi qu'à la famille de ceux-ci. Les prestations sont très variables, de même que les niveaux de remboursement qui correspondent en moyenne 80 pour cent des frais. Aucun renseignement n'est disponible quant au nombre d'employés couverts.
- ▲ Dans le cadre d'une loi entrée en vigueur en 1975, toutes les entreprises privées doivent participer à des mécanismes d'assurance patronale, appelés Instituts de prévoyance maladie (IPM). Toutefois, cette loi n'est pas appliquée et seulement un quart environ des ouvriers salariés de Dakar, et moins de 10 pour cent de la population, sont couverts (la plupart habitent à Dakar ou dans ses environs).

CONTRIBUTION DU SECTEUR PRIVE AUX PRIORITES DU SECTEUR PUBLIC

Conformément au cadre de HHRAA pour l'évaluation de la contribution potentielle du secteur privé aux priorités de santé publique, la présente étude s'est concentrée sur les problèmes de santé clés et les services y afférents, notamment les maladies contagieuses de l'enfance, le paludisme, les services de santé génésique, tels que la planification familiale et les services périnataux, en particulier les accouchements. Les données sur l'utilisation de prestataires privés pour ces services au Sénégal sont cependant relativement limitées. Des données plus générales montrent que le secteur privé, à l'heure actuelle, ne joue qu'un rôle limité dans la prestation de services de santé au Sénégal. Une récente enquête-

ménage à l'échelle nationale a montré que, parmi les personnes qui cherchaient à se faire soigner hors de chez elles, environ 15 pour cent s'adressaient à des prestataires du secteur privé.

La contribution que pourrait avoir le secteur privé dans la réalisation des objectifs de santé publique du Sénégal restera limitée, tout du moins dans le court terme, pour les raisons suivantes:

- ▲ La plupart des établissements du secteur privé sont situés à Dakar ou dans ses environs, ainsi que dans quelques grandes villes (par exemple Saint-Louis et Thiès). En conséquence, la majorité des Sénégalais n'ont pas facilement accès au secteur privé. La principale exception est constituée par les postes de santé de l'Eglise catholique — la plupart de ces postes se trouvant en milieu rural.
- ▲ Les prix tendent à être très élevés dans le secteur à but lucratif, ce qui représente un obstacle pour la plupart des Sénégalais, sauf pour une minorité relativement nantie.
- ▲ Les prestataires privés (en particulier les médecins) ont tendance à offrir des soins curatifs, plutôt que préventifs, et ils se concentrent aujourd'hui sur la prestation de services relativement chers à un segment étroit de la population.
- ▲ Les dimensions limitées de la main-d'oeuvre salariée sont une contrainte au développement de l'assurance tant privée que sociale, une source potentiellement importante de demande pour les services du secteur privé.
- ▲ La conjoncture économique défavorable limite sérieusement la demande de services de santé privés à but lucratif, et même la demande de services fournis à un moindre coût par les prestataires à but non lucratif. En particulier, la récente dévaluation a eu un sérieux impact sur le niveau de vie de la clientèle habituelle du secteur sanitaire privé à but lucratif — à savoir les classes moyennes et nantie).
- ▲ L'Eglise catholique est probablement la source privée la plus importante de services de santé publique au Sénégal mais elle n'est pas en mesure de fournir certains types de service (par exemple des contraceptifs modernes). Cette situation limite donc les possibilités de contrat avec l'Eglise catholique pour la fourniture d'une gamme complète de services de soins primaires.

Malgré ces contraintes, l'urbanisation rapide qui continue au Sénégal, ainsi que le rôle croissant des prestataires de soins privés en zone urbaine, soulignent la nécessité d'accroître le rôle du secteur privé dans les priorités de santé publique, en particulier dans les zones urbaines.

Les efforts pour attribuer une place plus grande au secteur privé pourraient cibler deux domaines: 1) la distribution de produits de santé publique comme les contraceptifs, les sels de réhydratation orale (SRO), les suppléments de fer et certains autres articles de santé publique; et 2) la prestation de services de santé publique, peut-être en utilisant des bons ou une autre méthode pour subventionner en particulier des services dans les régions rurales, ou des services préventifs, si une analyse ultérieure montrait que cette approche est un moyen financièrement rentable de rendre les services de santé plus accessibles.

AMELIORATION DE LA COLLABORATION ENTRE LES SECTEUR PUBLIC ET PRIVE

La collaboration du secteur public avec le secteur privé au Sénégal peut être améliorée par:

- ▲ ***Une amélioration de la coordination:*** Dans les régions où les gros employeurs fournissent des services à leurs employés et à leur famille, il peut être financièrement rentable et équitable pour l'Etat de subventionner ces établissements pour qu'ils desservent une part plus importante de la population, plutôt que d'investir dans un établissement public séparé.
- ▲ ***Une collaboration avec les prestataires des ONG:*** Etant donné qu'il semble y avoir du personnel en surnombre dans certains établissements du MSPAS, alors que certaines ONG (comme les postes de santé catholiques) obtiennent actuellement des niveaux comparativement élevés de productivité de leur main-d'oeuvre, le MSPAS devrait envisager de mettre davantage de ses employés à la disposition d'établissements d'ONG et de faire participer les prestataires d'ONG à la formation et autres activités destinées à améliorer la qualité des soins.
- ▲ ***Une collaboration avec les guérisseurs traditionnels:*** Du fait du vaste réseau d'agents de santé traditionnels au Sénégal et du fait qu'un pourcentage élevé de la population n'a pas directement accès à des services modernes, le MSPAS devrait envisager des actions plus systématiques pour former les agents de santé traditionnels et pour développer de bonnes relations de travail avec eux.
- ▲ ***Une collaboration avec les pharmacies et le secteur pharmaceutique:*** L'Etat devrait envisager l'abolition du système de tarification à deux niveaux dans lequel les taux de marque permis sont moindres pour les médicaments "sociaux". En outre, l'Etat pourrait envisager le rétablissement de taxes et de droits sur les médicaments normaux, tout en continuant d'en exempter les médicaments sociaux. L'Etat pourrait aussi envisager l'élimination du monopole dont jouit le distributeur public de produits pharmaceutiques (PNA) pour la fourniture de médicaments au secteur public et aux fonds communautaires de médicaments. Le marketing social pourrait être utilisé pour profiter du système de distribution privé afin de fournir et de promouvoir des produits de santé préventifs essentiels (tels que les contraceptifs et les SRO) à des prix raisonnables.
- ▲ ***La clientèle privée des médecins du secteur public en dehors des heures de service:*** Il pourrait être souhaitable que le MSPAS appuie le principe que certains de ses prestataires aient une clientèle privée à mi-temps, pour les raisons suivantes: 1) cette stratégie faciliterait peut-être la rétention du personnel de qualité sans avoir à le payer davantage; 2) une clientèle privée peut permettre de détourner du secteur public, fortement subventionné, des patients ayant des revenus plus élevés; et 3) les clientèles privées peuvent générer une demande supplémentaire sous forme de clients payants, dans des hôpitaux publics sous-utilisés.

PROMOTION DU DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE

Les pouvoirs publics pourraient prendre un certain nombre de mesures susceptibles de promouvoir directement le développement du secteur sanitaire privé:

- ▲ ***Fournir un environnement favorable:*** Peut-être plus que toute autre chose, les politiques macroéconomiques des pouvoirs publics faciliteront ou freineront la croissance et le développement du secteur de la santé publique. Les résultats obtenus dans d'autres pays ont démontré que le secteur sanitaire privé prospère quand la croissance et le développement économiques sont forts.
- ▲ ***Stimuler le développement de l'assurance-maladie:*** Le deuxième élément essentiel du développement du secteur sanitaire privé, après la croissance économique, c'est probablement l'élargissement de la couverture de l'assurance-santé. L'Etat devrait envisager des mesures pour améliorer le respect de ses lois obligatoires en matière d'assurance et il devrait réformer les IPM en: 1) instituant un système de réassurance pour couvrir les pertes catastrophiques que subissent certains IPM; 2) exigeant que les primes soient suffisantes pour couvrir les pertes anticipées; 3) exigeant que les IPM aient davantage recours aux copaiements et autres méthodes de contrôle de l'utilisation; et 4) prenant des dispositions pour qu'il n'y ait plus d'abus de la part des membres des IPM.
- ▲ ***Promouvoir le recouvrement des coûts:*** L'augmentation des redevances et leur application à tous, la suppression des dérogations et l'utilisation de méthodes de détermination des revenus pour identifier les indigents (et les personnes qui sont quasiment indigentes) auraient un effet stimulant puissant sur l'assurance-maladie. Ces mesures faciliteraient aussi les choses pour les prestataires privés qui ne seraient plus en concurrence avec les services gratuits du secteur public.
- ▲ ***Subventionner la prestation privée de services de santé préventifs:*** Le gouvernement devrait envisager de subventionner la prestation par le secteur privé de services préventifs, étant donné que nombre de citoyens — une proportion de plus en plus importante de la population — s'adressent aux prestataires privés pour leurs soins curatifs et que les établissements du secteur public ont beaucoup de difficultés à maintenir des stocks convenables de fournitures pour les services préventifs. L'Etat devrait exiger que tous les plans d'assurance privés et sociaux comportent une couverture pour les services de santé préventive.
- ▲ ***Rendre le crédit plus accessible:*** Des programmes de crédit simplifiés devraient être offerts aux prestataires privés pour monter leur cabinet, avec des conditions particulièrement favorables pour ceux qui seraient disposés à s'établir dans des régions mal desservies.
- ▲ ***Examiner les taxes et les droits d'importation:*** Il est difficile de formuler des arguments convaincants pour une baisse soit des impôts, soit des droits d'importation auxquels se trouvent confrontés la plupart des praticiens du secteur privé. Toutefois, étant donné l'importance que les médecins attachent à ces considérations, on pourrait envisager d'utiliser des exemptions sélectives d'impôts et de droits d'importation pour encourager une plus grande participation des médecins du secteur privé à des activités de santé publique.

1.0 INTRODUCTION

Le Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a fourni des fonds au Projet financement et pérennisation des soins de santé (HFS) pour la réalisation d'une étude sur le développement des services de santé du secteur privé au Sénégal. Cette étude s'inscrit dans le cadre des travaux plus larges du HHRAA visant à étudier le développement du secteur sanitaire privé dans quatre pays africains: Kenya, Sénégal, Tanzanie et Zambie. Ces travaux attestent de l'intérêt que porte le Bureau Afrique de l'USAID à l'identification de possibilités accrues de partenariats public-privé dans le secteur de la santé pour pouvoir utiliser les ressources existantes plus efficacement afin d'augmenter et d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé pour les populations africaines, et d'améliorer en cela l'état de santé de ces populations.

Du fait d'une prise de conscience croissante des dimensions, de la portée et de la diversité des services de santé privés en Afrique, les gouvernements africains et les bailleurs de fonds internationaux souhaitent maintenant une évaluation plus précise du rôle que pourrait jouer le secteur privé dans la réalisation des objectifs de santé du secteur public. Cette prise de conscience s'est focalisée ensuite sur l'importance des actions réglementaires, juridiques et autres du secteur public dans la création d'un environnement qui permette au secteur privé de bien fonctionner pour fournir une somme plus grande de services de qualité.

1.1 JUSTIFICATION D'UNE PARTICIPATION ACCRUE DU SECTEUR PRIVE

Plusieurs raisons justifient un rôle important du secteur public sur les marchés des soins de santé, à savoir notamment: fournir des biens publics, maîtriser divers facteurs extérieurs, bénéficier de coûts marginaux décroissants, compenser le sous-développement des marchés ou l'inadéquation de l'information, ou encore des raisons d'équité). Toutefois, aucune d'entre elles n'implique nécessairement que l'Etat doive fournir directement des services de santé. Tous les avantages d'une participation du secteur public sont aussi possibles grâce à un dosage judicieux de règlements, de subventions et de taxes. Bien que d'autres stratégies soient envisageables, les pouvoirs publics de la plupart des pays en développement ont décidé d'être un prestataire important de soins de santé, voire même le principal prestataire. Malheureusement, à quelques exceptions près, ils n'ont pas assumé cette fonction de manière satisfaisante. Les budgets santé du secteur public n'ont pas suivi la progression de la demande de tels services qui va de pair avec la croissance démographique et économique. En conséquence, on a assisté à une baisse de la qualité des services fournis. Les prestataires du secteur public sont connus pour leur manque d'efficacité, corollaire d'une gestion très centralisée, d'un manque d'incitations, d'une utilisation peu économique des intrants et d'une incapacité à envoyer aux consommateurs des signaux corrects. Même au plan de l'équité, les résultats du secteur public sont mitigés; dans de nombreux systèmes, les riches et la classe moyenne des villes bénéficient de l'essentiel des subventions.

Il n'est donc pas surprenant que les gens se tournent de plus en plus vers le secteur privé, notamment les guérisseurs traditionnels, les pharmacies et autres revendeurs de médicaments, les médecins privés et les professions paramédicales, les ONG qui dispensent des soins (par exemple les missions), et les médecins de la fonction publique après leurs heures de service. Dans la plupart des pays africains, le secteur privé représente déjà une part importante du total des dépenses de santé (Banque mondiale, 1994). Malgré cela, les contraintes majeures qui entravent le développement d'un secteur privé sont parfois difficiles à repérer et à surmonter. On peut citer notamment:

- ▲ les règlements des administrations publiques, les impôts et les subventions qui freinent le secteur privé; et
- ▲ le fait que, pour des raisons pratiques et financières, un pourcentage important de la population n'a pas accès aux services du secteur privé.

Identifier ces contraintes et y porter remède est une tâche cruciale pour les décideurs du secteur public de la santé. Plusieurs avantages peuvent découler d'un renforcement du rôle du secteur sanitaire privé, notamment:

- ▲ Les subventions du secteur public peuvent cibler plus efficacement les nécessiteux dans la mesure où les personnes qui ont les moyens de payer leurs soins passeraient au secteur privé.
- ▲ Etant donné que les prestataires privés font généralement une utilisation plus efficace des ressources et dispensent des services de meilleure qualité, la performance de l'ensemble du secteur sanitaire peut être améliorée en augmentant la part des services fournis par le secteur privé.
- ▲ Les prestataires privés (par exemple les guérisseurs traditionnels) peuvent être plus accessibles à certaines couches de la population.

Malgré ces avantages, le dosage optimal public/privé, pour un système de santé donné, sera rarement, voire même jamais, un choix catégorique. Au contraire, tant la théorie économique que les preuves existantes suggèrent qu'un système de santé fonctionnant convenablement associerait un riche éventail d'organisations solides, publiques et privées, intervenant à la fois dans le financement et dans la prestation de services de santé.

1.2 BUT DU DOCUMENT

Le présent document a pour but d'évaluer la capacité du secteur privé d'un pays, le Sénégal, à contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique, et de déterminer l'adéquation des liens public/privé existants. Les objectifs particuliers de ce document sont les suivants:

- ▲ rassembler les renseignements disponibles quant aux dimensions et à la portée du secteur privé dans la prestation de soins de santé au Sénégal, et apporter certaines données supplémentaires provenant d'enquêtes de terrain et d'entretiens effectués spécialement pour cette étude;
- ▲ évaluer le rôle actuel et potentiel du secteur privé dans la promotion de priorités de santé publique;

- ▲ décrire les liens actuels entre les secteurs public et privé de la santé et identifier des domaines de collaboration potentiels pour une meilleure prestation de services de soins; et
- ▲ identifier les facteurs qui ont affecté, ou qui pourraient promouvoir davantage, le développement du secteur privé au Sénégal, en particulier les facteurs juridiques, réglementaires, fiscaux et financiers.

On espère que la présente évaluation pourra apporter des idées utiles aux décideurs et aux bailleurs de fonds pour aider à réexaminer le rôle des secteurs public et privé dans la prestation et le financement de services de santé. Cette étude est destinée aux décideurs des administrations publiques et aux gestionnaires de programmes, à l'USAID/Dakar et à l'USAID/Washington. Elle pourrait aussi être utile à d'autres pays qui souhaiteraient en effectuer une du même genre. Enfin, les travaux du Projet HHRAA pour la collecte de renseignements du même ordre sur le secteur sanitaire privé de quatre pays contribueront à établir une base comparative et cumulative de données à partir de laquelle des généralisations seront éventuellement possibles.

1.3 L'ECONOMIE DU SENEGAL

Le Sénégal est classé par la Banque mondiale dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire, avec un PIB par habitant de 780 dollars des Etats-Unis en 1992.¹ Ces dernières années toutefois, les performances économiques ont été médiocres et la croissance du PIB a eu du mal à suivre celle de la population. Le Sénégal est sous ajustement structurel depuis 1984, avec des résultats modestes. Le pays connaît des déficits budgétaires chroniques et la fonction publique a absorbé 56 pour cent des recettes fiscales de l'Etat en 1991-92 (contre environ 38 pour cent dans les autres pays d'Afrique à revenu intermédiaire). Par rapport à d'autres pays africains, le Sénégal a bénéficié d'une aide étrangère plus importante par habitant — cette aide est passée de 59 dollars en 1984 à 76 dollars en 1991 (environ 10 pour cent du PIB). En dépit de cela, l'infrastructure du pays dans son ensemble s'est considérablement dégradée ces dix dernières années, par exemple les routes principales.

Dans le cadre de l'ajustement structurel, le code des investissements a été simplifié et une plus grande place a été accordée à la concurrence. Le rôle de l'Etat dans l'économie a été réduit, passant de 17 pour cent du PIB en 1980 à 10 pour cent en 1990. Il y a moins de réglementation, la fonction publique a été légèrement déflatée et l'Etat a lui-même cédé au privé certaines entreprises publiques. Le franc CFA (FCFA), qui est rattaché au franc français (FF), est la monnaie nationale du Sénégal. Le taux était de 50 FCFA pour un FF jusqu'à janvier 1994, lorsqu'il a été ramené à 100 FCFA pour un FF — une dévaluation de 50 pour cent. Ce changement de parité a porté un coup considérable tant à l'économie qu'à la population. Les secteurs tributaires des importations ont été particulièrement touchés, de même que les classes moyennes et les classes supérieures qui avaient l'habitude de consommer beaucoup de produits importés. En dernier ressort, le succès de la dévaluation dépendra de plusieurs facteurs, notamment de la maîtrise de l'inflation, et de l'aptitude des secteurs d'exportation à réagir aux incitations de prix résultant de ladite dévaluation.

¹ Dans tout le présent document, les montants en dollars désignent des montants en dollars des Etats-Unis.

Le secteur des services occupe une place prééminente dans la structure de l'économie sénégalaise, représentant environ 60 pour cent du PIB (la proportion est de l'ordre de 35 à 50 pour cent dans les autres pays qui se trouvent à un stade de développement comparable). L'agriculture ne représente que 12 pour cent du PIB et elle est soumise à de fortes fluctuations annuelles en fonction de la pluviométrie. Néanmoins, l'agriculture emploie directement 60 pour cent de la population active. La croissance démographique rapide a contribué à une évolution d'une agriculture de rentes vers une agriculture vivrière, et la productivité agricole stagne. S'il est vrai que les comptes de la nation laissent entrevoir des signes d'une croissance de l'industrie, la plupart des indices de la production industrielle sont cependant en baisse depuis 1986. Le secteur industriel se ressent du coût relativement élevé de la main-d'oeuvre, d'une faible productivité, de la vétusté du matériel et de la concurrence de produits entrés dans le pays en contrebande. Par ailleurs, la pêche et le tourisme, qui étaient précédemment des secteurs dynamiques, ont connu des taux de croissance beaucoup plus lents ces dernières années.

La population du Sénégal était de 6,9 millions à l'époque du recensement de 1988, mais avec un taux de croissance qui serait de 2,8 à 3,2 pour cent par an, elle devrait être de l'ordre de 10 millions d'ici à l'an 2000. Quarante-cinq pour cent de la population a moins de 15 ans, et près de 22 pour cent des habitants vivent à Dakar ou à sa périphérie. La population urbaine — actuellement 40 pour cent du total — croît au rythme de 4 pour cent par an. A l'heure actuelle, quelque 125.000 jeunes gens arrivent tous les ans sur le marché du travail. En raison de l'accroissement rapide de la population, il est difficile de dispenser une éducation et des services de santé convenables. Le pourcentage d'inscription dans les écoles primaires stagne aux alentours de 57 pour cent des enfants en âge d'être scolarisés (contre une moyenne de 95 pour cent dans les autres pays africains à revenu intermédiaire). En 1987 par exemple, seulement 70 pour cent de la population masculine dans la tranche des 7 à 12 ans, et 46 pour cent de la population féminine, étaient scolarisées (Osmanski et al., 1991, 1). La croissance rapide de la population contribue également à de sérieux problèmes au plan environnemental, notamment à une déforestation accélérée qui s'accompagne d'une dégradation et d'une salinisation des sols.

1.4 LE SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL

Bien que les taux de mortalité au Sénégal se soient améliorés, en particulier durant les années 50 et 60, ils restent élevés par rapport à ceux d'autres pays à des niveaux de revenu équivalents (ils sont toutefois plus faibles que dans les autres pays du Sahel). Les taux de mortalité chez les nourrissons et les enfants demeurent cependant élevés (68 pour mille dans les deux cas, selon EDS 1992/93), et il y a des différences sensibles pour la mortalité entre les zones urbaines et rurales, ainsi qu'entre les enfants dont les mères sont allées ou non à l'école (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 126). Les causes principales de la mortalité chez les nourrissons et les enfants sont la diarrhée, les maladies respiratoires et le paludisme. La mortalité maternelle est l'une des causes principales de décès chez les femmes en âge de procréer, et les taux de fécondité élevés sont un facteur important qui contribue à l'état de santé médiocre des mères et des enfants. La malnutrition est également un sérieux problème au Sénégal, et elle accentue les effets de bien d'autres problèmes médicaux. Seulement 53 pour cent de la population (79 pour cent dans les zones urbaines, 38 pour cent en milieu rural) a accès à une eau salubre et seulement 32 pour cent (87 pour cent en zone urbaine, 2 en milieu rural) a accès à des installations d'assainissement (Banque mondiale, 1994).

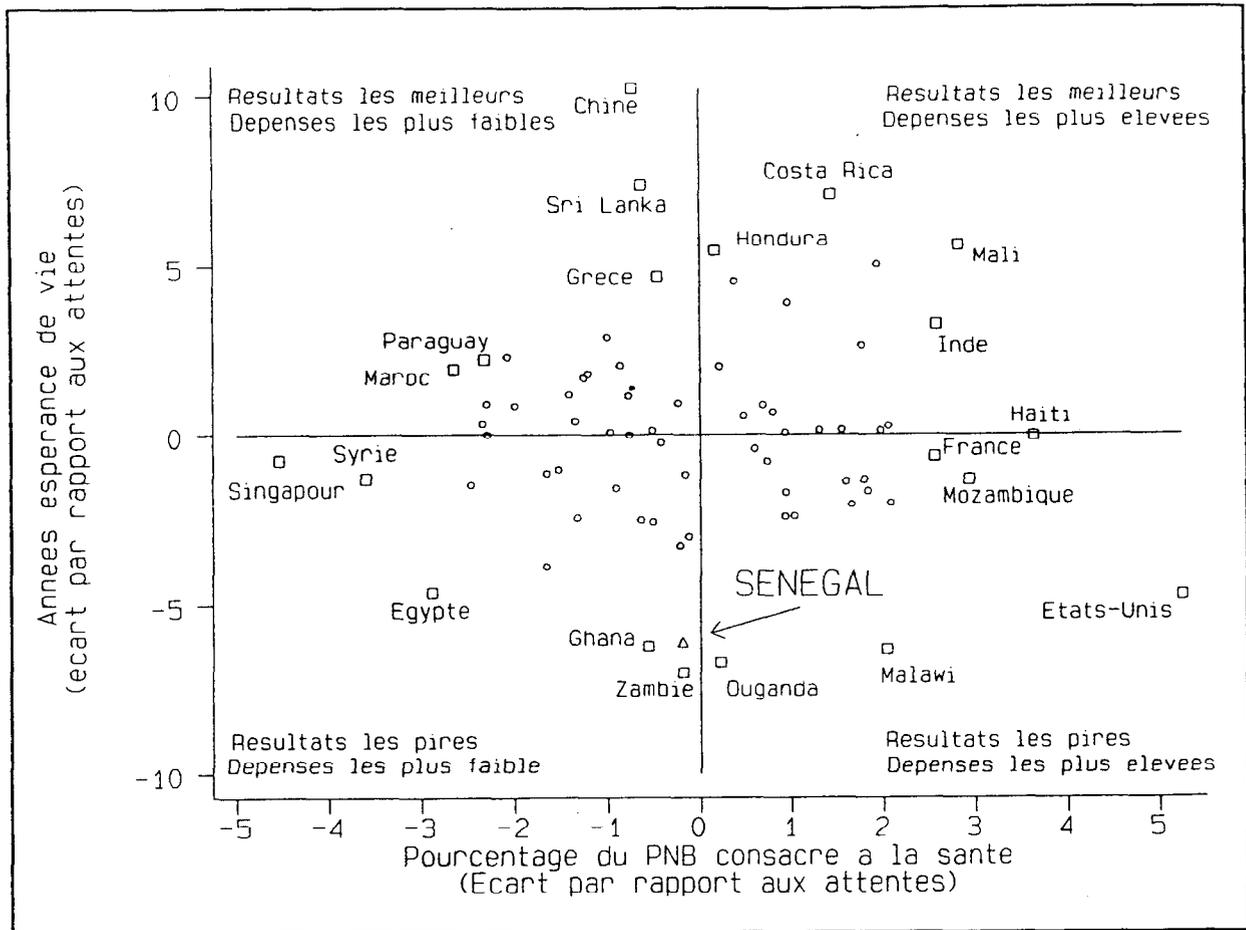
Selon la Banque mondiale (1994), les dépenses publiques et privées au titre de la santé se sont montées au total à 220 millions de dollars (30 dollars par habitant) en 1990, ce qui est à peu près la

moyenne pour la tranche inférieure des pays à revenu intermédiaire. Toutefois, les données de la **Figure 1-1** laissent à penser que les ressources disponibles pour la santé au Sénégal ne sont peut-être pas utilisées de manière très efficace, par comparaison avec d'autres pays. Elles montrent que, même si le Sénégal dépense pour la santé des sommes prévisibles compte tenu de son PIB, pour un pays à ce stade de développement (mesuré par le PIB par habitant), son espérance de vie moyenne à la naissance est inférieure de six ans environ à ce qu'on pourrait attendre.

Des estimations relatives au total des dépenses de santé, ainsi qu'à leurs composantes publique et privée, sont disponibles auprès de plusieurs sources. Malheureusement, elles ne sont pas entièrement concordantes. Le **Tableau 1-1** regroupe des estimations relatives à la répartition public-privé des dépenses de santé en 1989, telle qu'établie pour une récente évaluation USAID/Sénégal relative à la population et au secteur de la santé (Du Moulin et Lagacé, 1990, 7). Selon ces estimations, les dépenses du secteur public représentaient environ un tiers des dépenses totales du secteur sanitaire; les hôpitaux, les dispensaires et les médecins privés représentaient un autre tiers; et les dépenses privées dans les pharmacies constituaient l'autre tiers. Les 40 milliards de FCFA de débours totaux correspondaient à environ 3 pour cent du PIB, soit à peu près 6.000 FCFA (20 dollars) par habitant. Par comparaison, la Banque mondiale (1994) a estimé que les dépenses totales du secteur de la santé étaient de 220 millions de dollars (soit 30 dollars par habitant) en 1990, réparties comme suit: secteur public (96,4 millions de dollars), aide étrangère (36,2 millions de dollars) et secteur privé (87,6 millions de dollars).

Le secteur de la santé au Sénégal bénéficie d'une importante aide extérieure (environ 5 dollars par habitant en 1990). En fait, l'aide étrangère est dominante dans la partie investissement du budget: pendant la période 1987-90 par exemple, les donateurs ont financé 94,1 pour cent du volet santé/nutrition du budget d'investissement. L'aide internationale est passée de 45 pour cent des ressources santé du secteur public en 1981 à 55 pour cent en 1989 (Banque mondiale, 1992b, 14). En plus de l'USAID, qui arrivait au quatrième rang des bailleurs de fonds dans ce domaine durant les années 80, les autres principaux donateurs sont la France (régulièrement en tête), la Belgique, l'Italie, l'UNICEF, le FNUAP, le PNUD et la Banque mondiale (Osmanski et al., 1991, 77-85). Depuis 1987, les bailleurs de fonds coordonnent leur assistance au secteur sanitaire sénégalais grâce à des réunions mensuelles régulières. Dans certains cas, les bailleurs de fonds sont convenus de mettre l'accent sur des domaines de programmes particuliers. Le FNUAP et l'USAID se sont concentrés par exemple sur la planification familiale; l'UNICEF et l'USAID sur les vaccinations et la lutte contre les maladies diarrhéiques.

FIGURE 1-1 Pourcentage du PNB consacré à la santé



Etant donné qu'environ 90 pour cent des médicaments consommés au Sénégal sont importés, la dévaluation de 50 pour cent du FCFA intervenue en janvier 1994 a déjà eu une incidence majeure sur le secteur de la santé (Perrot, 1994, 26-37; COPHASE, 1994; Ba, 1994). Bien que le gouvernement du Sénégal soit intervenu avec plusieurs mesures pour atténuer les conséquences de la dévaluation (on le verra ultérieurement), celle-ci a accéléré l'adoption d'une politique de médicaments de base qui fait largement appel à des médicaments génériques et elle a incité à l'utilisation de protocoles de traitement exigeant moins de médicaments dans les établissements du MSPAS (COPHASE, 1994, 26). En plus de son impact sur les produits pharmaceutiques, la dévaluation s'est accompagnée d'une augmentation du coût des autres intrants du secteur sanitaire à forte composante importée, par exemple le matériel médical, les fournitures médicales et les carburants.

TABLEAU 1-1 DEPENSES ESTIMEES DU SECTEUR SANTE	
Composante	Dépenses (en milliards de FCFA)
Ministère de la santé publique	11,0
Autres ministères	1,5
Financement par les communautés	0,5
SOUS-TOTAL PUBLIC	13,0
Hôpital principal	4,0
Hôpital Saint-Jean (Thiès)	2,0
Cliniques privées	2,0
Médecins privés	4,0
Pharmacies privées	15,0
SOUS-TOTAL PRIVE	27,0
TOTAL SECTEUR SANTE	40,0
<i>Source: Du Moulin et Lagacé (1990, 7)</i>	

1.5 AGENCEMENT DU RAPPORT

Le présent rapport est agencé comme suit:

- ▲ Le chapitre 2 décrit la méthodologie d'évaluation utilisée, en particulier une description des sources de données et des principales sources secondaires utilisées.
- ▲ Le chapitre 3 présente le contexte dans lequel opère le secteur sanitaire privé sénégalais, notamment: 1) l'état de santé et les principaux problèmes médicaux; 2) une vue d'ensemble du secteur sanitaire public, notamment ses buts et ses priorités; et 3) les activités récentes de réforme en matière de santé.
- ▲ Le chapitre 4 est le corps principal de l'évaluation. Il est divisé en cinq parties:
 - △ La section 4.1 donne des renseignements sur la dimension et la portée du secteur sanitaire privé sénégalais et elle comprend une typologie des prestataires privés;
 - △ La section 4.2 fait le point d'enquêtes récentes qui servent de point de départ pour comparer les performances des secteurs sanitaires public et privé, en fonction d'un certain nombre de considérations;

- △ La section 4.3 décrit ce que fait actuellement le secteur privé à l'appui des initiatives de santé publique en matière de la santé génésique et de lutte contre les maladies transmissibles;
 - △ La section 4.4 examine les domaines de coopération existants et les liens entre les secteurs public et privé;
 - △ La section 4.5 identifie les facteurs qui affectent le développement du secteur privé, notamment: 1) son environnement juridique/réglementaire; 2) son environnement financier (par exemple, fiscalité, subventions, disponibilité de capitaux); et 3) ses prix et l'aptitude des consommateurs à payer ces prix.
- ▲ Le chapitre 5 énonce des conclusions et des recommandations pour chaque domaine énoncé ci-dessus.

2.0 METHODOLOGIE

La plupart des renseignements figurant dans le présent compte rendu proviennent de plusieurs sources principales: 1) le compte rendu final de l'Enquête démographique et de santé 1992/93 au Sénégal (EDS)² (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994); 2) des comptes rendus préparés en liaison avec une récente évaluation du secteur santé et population sous l'égide de l'USAID/Dakar (Osmanski et al., 1991; Du Moulin et Lagacé, 1990; Pillsbury, 1990); et 3) des données et des comptes rendus en liaison avec quatre études effectuées par le Projet Financement et pérennisation de la santé (HFS):

- ▲ Une enquête représentative à l'échelle nationale qui a porté sur 92 formations du secteur public (23 centres de santé, 46 postes de santé et 23 cases de santé) a été effectuée. Elle a généré des données quantitatives sur les niveaux de services fournis, la qualité des soins, la productivité, les installations matérielles, les redevances, les revenus et les coûts pour la période allant de juillet 1990 à juin 1991 (Bitran, Brewster et Ba, 1994b). Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens personnels, par l'analyse des registres des établissements et par une observation directe des prestations du personnel médical. En outre, des employés et les patients ont été interrogés quant à leur perception de la qualité des soins. Parmi les enquêteurs il y avait douze personnes ayant une formation en finances et comptabilité et quatre infirmières (dont deux avaient enseigné à l'université). Le travail de terrain s'est déroulé sur une période de trois mois).
- ▲ Une enquête similaire relative à 57 établissements du secteur privé (2 hôpitaux, 6 cliniques et 49 dispensaires) a eu lieu dans les mêmes régions, couvrant la même période, et utilisant de nombreux enquêteurs de l'étude sur le secteur public (Bitran, Brewster et Ba, 1994a). Quatre catégories de prestataires privés ont été incluses dans l'enquête (le nombre de personnes interrogées est indiqué entre parenthèses): postes de santé catholiques (30); formations sanitaires de sociétés privées et d'entreprises parapubliques (13); prestataires privés à but lucratif (6); et autres prestataires (8) (par exemple Croix-Rouge et établissements musulmans). Dix-neuf des cinquante-sept établissements se situaient à Dakar, 13 à Fatick-Kaolack, 20 à Thiès-Diourbal et 4 respectivement à Saint-Louis-Louga et Tambacounde-Kolda.
- ▲ Une enquête qualitative auprès de 57 prestataires du secteur privé, en avril-mai 1994 (c'est-à-dire quelques mois après la dévaluation de janvier 1994). Cette étude qualitative, qui a été effectuée dans les établissements inclus dans l'enquête HFS sur les formations sanitaires du secteur privé, consistait en une série de questions très larges sur: 1) les problèmes rencontrés lors de la création d'un cabinet privé (par exemple l'obtention des autorisations nécessaires, les moyens d'attirer des clients, le financement des coûts de démarrage); 2) les facteurs ayant actuellement une incidence sur le secteur privé; 3) les suggestions des prestataires pour des politiques gouvernementales qui encourageraient le secteur sanitaire privé et qui renforceraient son rôle dans la prestation de services de santé publique; et 4) les attitudes des prestataires vis-à-vis des guérisseurs traditionnels.

² Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93.

- ▲ Une analyse plus poussée des données du secteur sanitaire de l'Enquête sur les priorités (ESP) 1991/92, parrainée par la Banque mondiale, qui était appuyée par le Projet HFS (Sadio, 1994).

3.0 CONTEXTE

3.1 SITUATION ET PROBLEMES SANITAIRES

Les taux de mortalité chez les nourrissons et les enfants restent très élevés au Sénégal, bien qu'ils aient encore nettement diminué ces dix dernières années. Selon des estimations récentes qui se basent sur EDS 1992/93, ainsi que sur les résultats de travaux antérieurs, le taux de mortalité pour les nourrissons a régressé de 24 pour cent pendant la période allant de 1978-82 à 1988-92, passant de 90 à 68 pour 1.000 naissances vivantes. Plus de la moitié de la mortalité chez le nourrisson intervient durant le premier mois (c'est-à-dire que le taux de mortalité néonatale est de 35 pour cent). Le taux de mortalité infantile (de 1 à 4 ans) a régressé de 43 pour cent pendant la même période, de 119 à 68 pour mille (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 124-25). Les données de l'EDS 1992/93 montrent également des différences marquées dans les taux de mortalité des nourrissons et des enfants (de 0 à 4 ans) pris conjointement, en fonction de divers facteurs, notamment:

- ▲ le lieu de résidence (184 en milieu rural, contre 102 en zone urbaine);
- ▲ la région de résidence (170-195 dans les régions du centre, du sud et du nord-est du pays, par comparaison à 110 dans l'ouest);
- ▲ le niveau d'éducation des mères (171 pour les femmes qui ne sont pas allées à l'école, contre 99 pour celles ayant une éducation primaire et 52 pour celles ayant fait des études secondaires et au-delà);
- ▲ le recours à des services prénatals et d'accouchement (180 si aucune de ces catégories de services n'est utilisée, et 100 lorsque les deux sont été utilisées); et
- ▲ l'intervalle entre la naissance la plus récente et celle l'ayant immédiatement précédée (191 lorsque l'intervalle entre les naissances est inférieur à deux ans, contre 102 lorsqu'il est de quatre ans et plus).

Selon la dernière évaluation en date du secteur de la santé (Osmanski et al., 1991), la moitié des décès de nourrissons peut être attribuée à des diarrhées, à des maladies respiratoires et au tétanos, avec d'autres décès durant la deuxième année qui sont liés à la rougeole et au paludisme. Dans le cadre de l'EDS 1992/93, un questionnaire séparé a été soumis à plusieurs personnes avisées dans chacune des communes où se déroulait une enquête-ménage. L'une des questions posées consistait à demander aux gens de citer les quatre principaux problèmes de santé chez les enfants de moins de cinq ans, par ordre d'importance. Les résultats sont résumés au **Tableau 3-1**.

La mortalité maternelle est un problème particulièrement sérieux au Sénégal. Des données provenant de l'EDS 1992/93 sur la survie des soeurs ont été utilisées pour obtenir des estimations directes et indirectes du nombre de décès de mères pour 100.000 naissances. L'estimation directe pour la période 1979-92 est de 510, tandis que l'estimation indirecte est de 484 (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 138-40). Parmi les cinq pays africains pour lesquels des estimations comparables ont été préparées, seul le Niger a un taux estimé plus important (652). Il est clair que les taux élevés de fécondité au Sénégal, qui sont associés à des naissances rapprochées et qui font courir aux mères des risques constants, sont l'une des

causes majeures de la forte mortalité chez les nourrissons, chez les enfants et chez les mères (Académie nationale des sciences, 1989).

TABLEAU 3-1 PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS (pourcentage des enquêtés lors de l'EDS 1992/93)		
	Problème de santé le plus important	Parmi quatre grands problèmes de santé
Paludisme	54,0	87,8
Diarrhées	18,5	72,3
Rougeole	9,8	43,9
Fièvre (cause non spécifiée)	0,6	10,6
Toux/problèmes respiratoires	1,9	17,8
Infections/problèmes de l'oeil	8,4	26,4
Problèmes de peau	2,6	19,8
Tous les autres	4,2	121,4
TOTAL	100,0	400,0

Source: EDS 1992/93 (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 185)

3.2 SECTEUR SANITAIRE PUBLIC

3.2.1 Infrastructure sanitaire

L'infrastructure sanitaire publique est constituée d'établissements qui dépendent du Ministère de la santé publique et de l'action sociale (MSPAS), de l'armée et de municipalités. Au haut de la pyramide (mais sans être considérés comme faisant partie du système officiel de santé publique), il y a quatre hôpitaux de formation, tous situés à Dakar, et dont les 1.590 lits représentent 40 pour cent du total des lits d'hôpitaux du pays. En outre, l'Hôpital principal (663 lits), un établissement militaire doté de médecins militaires français et sénégalais, qui se trouve également à Dakar, traite des patients tant militaires que privés (prestations payantes pour ces derniers).

Le premier niveau officiel du système public de soins de santé se compose de dix régions, ayant chacune environ 750.000 habitants. Toutes les régions (sauf Fatick et Kolda) ont un hôpital régional qui fournit certains types de soins spécialisés (par exemple obstétrique/gynécologie, chirurgie générale, ophtalmologie). Un Médecin-chef de région est responsable du fonctionnement de l'hôpital régional ainsi que de la planification et de la mise en oeuvre du programme régional de santé.

Le deuxième niveau du système de santé publique est constitué de 45 districts sanitaires, ayant chacun environ 250.000 habitants, et qui ont au total 49 centres de santé (nombre d'entre eux disposent

de centres de PMI et de maternités).³ Chaque centre de santé, qui est un petit hôpital de 20 à 30 lits, a un médecin et une sage-femme, ainsi que d'autres paramédicaux, et il fournit des services d'hospitalisation générale, d'accouchement à risque, d'urgence médicale et chirurgicale et de planification familiale.

Le troisième niveau du système de santé publique comprend 659 postes de santé (85 sont gérés par des organisations non gouvernementales, ou ONG) avec pour personnel un infirmier. Le niveau inférieur du système de soins de santé — il ne fait pas officiellement partie intégrante du système — est constitué de 1.409 cases de santé, qui fonctionnent avec des agents de santé appuyés par la communauté, 495 maternités rurales qui emploient accoucheuses traditionnelles (AT, ou matrones) (Osmanski et al., 1991, 27-28; Banque mondiale, 1992b, 4-5).

3.2.2 Personnel

En 1989, le MSPAS avait 5.835 salariés réguliers, dont 407 médecins, 934 infirmiers/infirmières et 474 infirmières/sages-femmes (Osmanski et al., 1991, 23)⁴ En plus des effectifs du MSPAS, des employés de quelques ONG (par exemple les missions catholiques) et du personnel recruté par des municipalités (par exemple des aides-soignantes, des chauffeurs et des gardes) travaillaient également pour le secteur sanitaire public. Le MSPAS n'utilise pas ses ressources humaines de manière optimale. Une fois formé, le personnel est affecté au niveau central et il est fréquemment muté sans consulter les gestionnaires des régions concernées. Le personnel qui revient de formations de longue durée se voit souvent attribuer des postes qui n'exigent pas, ou qui ne mettent pas pleinement à profit, les compétences nouvellement acquises. La plupart des cadres trouvent un moyen de se faire nommer en ville, en particulier à Dakar ou dans les environs (Osmanski et al. 1991, 23). En 1990 par exemple, 62 pour cent des responsables médicaux salariés et 50 pour cent des infirmières/sages-femmes étaient en poste dans la région de Dakar, qui ne représentait que 22 pour cent de la population du pays.

3.2.3 Approvisionnement en médicaments et distribution

La Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) gère le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments du secteur public. Elle achète et répartit les produits pharmaceutiques, dans le cadre du budget de l'Etat, pour tous les établissements sanitaires du MSPAS. En outre, elle vend les médicaments aux comités de santé des hôpitaux, centres, postes et cases de santé à des prix subventionnés. La PNA a été très critiquée pour l'inefficience et l'inefficacité de sa gestion, en particulier pour son rôle en tant que fournisseur des établissements du MSPAS. Bien que ceux-ci reçoivent généralement des médicaments pour le montant budgétisé, les articles livrés ne correspondent pas forcément à la commande (Osmanski et al., 1991, 37). La PNA est souvent en retard dans l'obtention et le paiement des médicaments qui ne sont d'ailleurs pas toujours commandés chez les fournisseurs les moins chers. Du fait du mauvais système de gestion des stocks, il y a souvent des pénuries. Depuis trois ans, la PNA est en

³ En plus de l'infrastructure du MSPAS, l'armée a également un système distinct de 2 hôpitaux, de 13 centres de santé de garnison, de 12 centres de santé familiale et de 11 postes de santé de garnison — tous desservent des civils dans les zones où ils se trouvent.

⁴ En plus, l'Armée mettait 167 employés à la disposition du MSPAS, et 114 assistants techniques étrangers travaillaient aussi pour le MSPAS.

train de changer de statut pour devenir (en 1995, en principe) une organisation autonome liée au MSPAS (Watt, 1993).

3.2.4 Financement des dépenses de santé

Bien que le pourcentage de l'Etat dans le PIB soit assez stable dans le temps, les financements accordés au secteur de la santé par le gouvernement du Sénégal (GS) sont tombés de 9 pour cent du budget de fonctionnement des administrations publiques en 1970, à 5 pour cent en 1989 (Du Moulin et Lagacé, 1990, 9).⁵ Les dépenses réelles (par opposition aux dépenses prévues au budget) ont été plus proches de 4 pour cent du budget de fonctionnement. En termes réels, les dépenses de santé du GS, par habitant, ont chuté de près de 60 pour cent depuis 1970, et de 25 pour cent depuis 1980. En outre, ces baisses ont affecté de manière disproportionnée les dépenses hors personnel, qui sont passées de 40 pour cent du budget en 1980 à 30 pour cent en 1989. Bien que les hôpitaux soient relativement favorisés dans la répartition des crédits (à savoir qu'ils absorbent 50 pour cent du budget du GS et 86 pour cent du budget des médicaments), leurs effectifs et leurs crédits sont insuffisants dans l'ensemble. Le budget de l'Hôpital principal, qui est géré conjointement par les armées française et sénégalaise — cet établissement a la réputation d'être l'un des meilleurs du pays — est égal à 80 pour cent des budgets de tous les autres hôpitaux publics pris conjointement (Du Moulin et Lagacé, 1990, 10).

3.2.5 Utilisation et résultats

La baisse des crédits du GS pour la santé a entraîné de toute évidence une sérieuse dégradation de la qualité des services fournis, avec pour corollaire une moindre utilisation de l'ensemble du système de santé publique (Banque mondiale, 1993b, 19). Entre 1978 et 1986, le nombre de consultations enregistrées dans les registres des formations sanitaires publiques a baissé de 59 pour cent et le nombre de jours d'hôpital a diminué de 67 pour cent — alors que la population sénégalaise augmentait de 25 pour cent durant la même période (Banque mondiale, 1991, 9).

L'enquête HFS sur les établissements du secteur public a mis en évidence des preuves de la très faible productivité du personnel, en particulier dans les établissements de Dakar. Par exemple, un médecin fonctionnaire à Dakar voyait moins de 2 patients externes et 2 patients hospitalisés par jour (les médecins des postes de santé catholiques en dehors de Dakar en voyait jusqu'à 40 par jour). De même, la productivité moyenne d'une infirmière d'un établissement du MSPAS à Dakar (2 patients externes par jour) équivalait à un dixième de la productivité moyenne d'une infirmière du secteur privé (Bitran, Brewster et Ba, 1994a, 1994b).

⁵ Dans le cadre d'un projet de la Banque mondiale, le gouvernement du Sénégal a accepté de porter à 7 pour cent la part du secteur de la santé dans le budget de fonctionnement d'ici à 1995 (Banque mondiale, 1992b, 25).

Dans le cadre de l'EDS 1992/93 au niveau des communes, il était demandé aux personnes interrogées d'identifier, par ordre d'importance, quatre problèmes principaux auxquels elles se heurtaient pour obtenir des soins de santé. Les réponses sont résumées au **Tableau 3-2**. Il est intéressant de noter qu'elles montrent que les problèmes d'accès matériel et financier (c'est-à-dire "Etablissements non disponibles", "Etablissements trop éloignés", "Consultations (ou médicaments) trop chers") étaient cités comme étant l'obstacle le plus sérieux par plus de 60 pour cent des enquêtés, tandis que seulement 16,5 pour cent des enquêtés citaient des problèmes de qualité (c'est-à-dire "Service non disponible", "Médicaments non disponibles", "Attitude des prestataires") comme étant l'obstacle majeur. Toutefois, il est important de signaler que les personnes "averties" qui avaient été sondées étaient dans nombre de cas des prestataires du MSPAS (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 171).

TABLEAU 3-2 PRINCIPAUX OBSTACLES A L'OBTENTION DE SOINS DE SANTE (pourcentage des enquêtés)		
	Problème le plus important	Parmi quatre problèmes principaux
ACCESSIBILITE		
Etablissements non disponibles	16,7	19,5
Etablissements trop éloignés	23,2	46,4
Service non disponible à l'établissement	6,0	17,6
Médicaments non disponibles	10,5	35,6
COUT		
Consultations trop chères	4,7	36,0
Médicaments trop chers	16,7	52,9
AUTRES		
Attitude des prestataires	0,0	11,3
Aucun	10,4	41,6
Tous les autres	10,6	26,5
Ne sait pas/pas de réponse	1,2	112,5
TOTAL	100,0	400,0
<i>Source: EDS 1992/93 (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 184)</i>		

3.3 PROGRAMME DE REFORME DU SECTEUR SANITAIRE

Le GS a adopté en juin 1989 une Politique nationale de santé dont l'objectif est la restructuration du secteur sanitaire dans les années 90 (Ministère de la santé publique, 1989; Banque mondiale, 1993b, 61). Au total, treize objectifs stratégiques, s'accompagnant chacun de 2 à 6 stratégies spécifiques, ont été identifiés dans cette Politique nationale de santé dont les principaux objectifs sont:

- ▲ accroître la participation de la population au secteur sanitaire par le biais d'organisations de santé communautaires (OSC) et d'ONG;
- ▲ améliorer l'efficacité et la fiabilité du système de distribution des médicaments;
- ▲ promouvoir la décentralisation en renforçant les districts sanitaires et en intégrant les programmes verticaux existants (par exemple les vaccinations); et
- ▲ améliorer la gestion des ressources, la planification et les capacités de préparation de budgets au niveau central et régional.

Le secteur privé n'a joué qu'un rôle mineur dans la nouvelle Politique nationale de santé (Banque mondiale, 1992b, 7; Ministère de la santé publique, 1989). L'une des six stratégies conçues pour promouvoir l'objectif stratégique visant au renforcement de la participation des populations au secteur de la santé ("Promouvoir la participation des populations à l'effort de santé") recommandait de promouvoir le secteur à but lucratif et celui des ONG ("Promotion du secteur associatif et privé"). Le dernier objectif stratégique de la Politique ("Promouvoir la collaboration inter- et multisectorielle") comprenait une stratégie prévoyant une coordination entre les secteurs public et privé ("Promotion de la concertation avec le secteur privé de santé"). Ce sont les deux seuls endroits où la Politique nationale de santé de 1989 mentionne le secteur privé.

A la suite de l'adoption en 1989 de la Politique nationale de santé, la réforme du secteur sanitaire a récemment mis l'accent sur trois points:

- ▲ la réorganisation des Ministères de la santé publique et du développement social en un seul Ministère de la santé publique et de l'action sociale (MSPAS);
- ▲ l'expansion de la tarification des services de santé et la gestion par les communautés des fonds ainsi générés; et
- ▲ la décentralisation de la planification du secteur de la santé et de la mise en oeuvre, du centre jusqu'aux régions et aux districts.

3.3.1 Réorganisation

Le Ministère de la santé publique et le Ministère du développement social ont été fusionnés en un Ministère de la santé publique et de l'action sociale (MSPAS), confiant à un ministère unique la responsabilité des activités de santé publique et de planification familiale. Un aspect important de cette réorganisation a été l'intégration de programmes précédemment verticaux (comme la planification familiale et les vaccinations) à un système de soins de santé primaires. Le nouveau ministère a ressenti l'impact de ce réaménagement et de cette décentralisation, subissant des compressions de personnel et une diminution des crédits de fonctionnement.

L'un des aspects les plus importants de la réorganisation a été la mise en place d'un système de districts sanitaires dans tout le pays. Ces "districts" sanitaires, qui remplacent les circonscriptions médicales, comptent de 150.000 à 300.000 personnes et ils s'articulent autour d'un centre de santé qui est chargé de superviser de 15 à 30 postes de santé (Banque mondiale, 1991, 12). Chaque district sanitaire est conçu de manière à fournir une couverture complète et équitable à toute la population, une délimitation claire des responsabilités entre les centres de santé et les postes de santé (avec des normes nouvelles en matière de personnel), et une intégration de services verticaux (comme la planification familiale) au sein de la formation sanitaire appropriée. Chaque district sera dirigé par une équipe de gestion de district et il comportera une participation communautaire par le truchement d'organisations de santé communautaires. Quarante-cinq districts sanitaires ont été établis pour couvrir l'ensemble du pays.

3.3.2 Tarification des services

Le MSPAS a introduit en 1980 un système national de tarification dans les centres de santé et les postes de santé, mettant à profit une expérience antérieure de la tarification des services dans le cadre d'une série de projets de soins de santé primaires au Sénégal sous l'égide de l'USAID, des Belges et d'autres bailleurs de fonds. Bien que les redevances soient fixées par les communautés, par le biais d'organisations de santé communautaires et de comités sanitaires de district la politique initiale comportait un ensemble de directives pour les redevances qui, pour la plupart, n'ont pas été revues durant les 10 premières années du système. Le tarif pour les consultations d'adultes aux centres de santé et aux postes de santé est de 50 à 100 FCFA (pour les enfants, il est de 25 à 50 FCFA); et le tarif pour un accouchement est de l'ordre de 1.000 à 2.000 FCFA).

Malgré de nombreuses dérogations accordées par le GS à des catégories particulières de clients (tels les fonctionnaires, les étudiants), le système est parvenu à dégager d'importantes recettes. Une étude pour 1983-84 sur le Bassin arachidier a trouvé que les recettes obtenues grâce à la tarification des services représentaient 80 pour cent des frais de fonctionnement (personnel non compris), et que 58 pour cent des recettes étaient utilisées pour l'achat de produits pharmaceutiques (Osmanski et al., 1991, 47). Les recettes par habitant étaient en moyenne de 55 FCFA en 1988, et au niveau des postes de santé (qui représente environ 60 pour cent de toutes les visites de patients externes) pratiquement tous les médicaments sont achetés avec l'argent des redevances (Du Moulin et Lagacé, 1990, 13). Il y a néanmoins des différences importantes pour ce qui est des recettes provenant de la tarification, par habitant, entre diverses régions du pays. En 1988 par exemple, elles étaient en moyenne de 201 FCFA dans le quartier Pikine à Dakar, alors qu'elles étaient en moyenne de 36 FCFA, par habitant, dans les régions de Fatick et de Kaolack.

Le recouvrement des coûts n'a pas donné tous les résultats qu'on pouvait en escompter à cause de la mauvaise gestion des fonds collectés par l'intermédiaire des organisations de santé communautaires (Banque mondiale, 1992b, 16; 1993b, 63-64). Des recettes ont été utilisées pour le recrutement d'un nombre excessif d'employés de soutien, pour financer des dépenses n'ayant rien à voir avec la santé, ou bien encore ces recettes sont devenues le trésor de guerre, à des fins politiques, de dirigeants de l'endroit. Les réformes des procédures d'organisation des soins communautaires récemment instituées par le GS — elles comprennent la co-gestion des fonds par le personnel de santé — devraient garantir que toutes les sommes recueillies seront désormais dépensées pour la formation sanitaire qui les a collectées. A l'opposé, le recouvrement des coûts n'a jamais été pleinement appliqué dans les hôpitaux. Une liste officielle des tarifs hospitaliers a été promulguée en 1968, mais la législation la rendant obligatoire n'a jamais été appliquée de manière stricte. Des redevances devaient être collectées de tous les patients qui n'étaient pas

classés comme indigents, et les recettes devaient être transférées directement au Trésor public. Puisque les recettes recueillies doivent être versées au Trésor, les hôpitaux ne sont aucunement incités à collecter des redevances. Selon des estimations, les redevances encaissées par les hôpitaux se montent à quelque 5 FCFA par habitant et par an — soit environ 0,02 dollar (Du Moulin et Lagacé, 1990, 11).

3.3.3 Décentralisation

Le GS s'oriente vers une décentralisation depuis de nombreuses années (Ndiaye, 1990). En 1985, il a institué des Plans de développement rural intégré et des Plans d'investissement communautaire conçus pour donner aux régions et aux communautés plus de poids dans la planification du développement. Le MSPAS a commencé il y a quelques années à encourager l'élaboration de Plans de développement sanitaire au niveau des districts et des régions, avec le concours de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds (Osmanski et al., 1991, 48).

Un aspect important de la décentralisation du secteur sanitaire au Sénégal est le rôle qui est attribué aux organisations de santé communautaires (OSC) et aux comités de santé de district (CSD). Au niveau des postes de santé, les CSD participent à la collecte et à la gestion des redevances qui sont utilisées pour l'achat de médicaments et pour payer les salaires des agents communautaires. Chaque OSC est représentée au sein de son comité de santé qui joue un rôle similaire par rapport au centre de santé.

4.0 CONCLUSIONS

4.1 DIMENSION, PORTEE ET REPARTITION DU SECTEUR SANITAIRE PRIVE

L'infrastructure sanitaire du Sénégal comprend des établissements publics qui sont administrés par le MSPAS, les municipalités et l'armée; des établissements à but non lucratif (comme les postes de santé) administrés par l'Eglise catholique et la Croix-Rouge; des établissements privés à but lucratif (comme la Clinique Pasteur); des médecins, des infirmiers/infirmières qui sont établis à leur compte. En outre, il y a un réseau de pharmacies privées (et de vendeurs de médicaments à la sauvette) qui se situent pour la plupart dans des villes de grande et de moyenne importance; et un vaste réseau de tradipraticiens. Enfin, un certain nombre d'employeurs ont leurs propres formations sanitaires qui font partie des avantages accordés à leurs employés. Le *Tableau 4.1* présente dans ses grandes lignes l'infrastructure sanitaire du Sénégal.

4.1.1 Secteur à but non lucratif

Le secteur à but non lucratif est constitué de formations sanitaires qui sont gérées par des organisations non gouvernementales (ONG), telles que l'Eglise catholique ou la Croix-Rouge, et des formations sanitaires d'entreprise qui dépendent de gros employeurs et sont réservées à leurs employés et à la famille de ceux-ci (comme l'Hôpital Richard Toll).

4.1.1.1 Organisations non gouvernementales (ONG)

Sur les 659 postes de santé que compte le Sénégal, 85 sont gérés par des ONG, 68 d'entre eux par l'Eglise catholique (Osmanski et al., 1991, 30). Les postes de santé catholiques sont généralement plus grands et mieux dotés en personnel, et la plupart sont implantés dans des régions rurales. Bien qu'ils ne représentent que 10 pour cent des postes de santé, ils ont dispensé, selon les estimations, 40 pour cent de toutes les visites effectuées à des postes de santé en 1988.⁶ En outre, la Croix-Rouge gère 13 centres médicaux-social, et l'Association sénégalaise pour le bien-être familial (l'ASBEF, institution affiliée à l'IPPF) gère deux centres de planification familiale, à Dakar et à Louga. En outre, il y un hôpital véritablement privé à but non lucratif, Saint-Jean de Dieu à Thiès. On estime que ces services d'ONG, pris globalement, ne couvrent que de 5 à 10 pour cent de la population (Osmanski et al., 1991, 41).

⁶ Cette statistique n'est pas certaine, toutefois des lacunes dans les statistiques de service du MSPAS pour cette année ont nécessité une estimation du total.

TABLEAU 4-1 TYPOLOGIE DES PRESTATAIRES PUBLICS ET PRIVES				
	Secteur public	Privé, à but non lucratif	Privé, à but lucratif	Traditionnel
SOINS TERTIAIRES	4 hôpitaux universitaires 1 hôpital de la sécurité sociale 1 hôpital municipal 2 hôpitaux militaires 8 hôpitaux régionaux	1 hôpital à but non lucratif (Saint-Jean de Dieu à Thiès) 1 hôpital parapublic (Richard Toll)		
SOINS SECONDAIRES	49 centres de santé du MSPAS 25 centres de santé militaires		25 polycliniques (19 situées à Dakar)	
SOINS PRIMAIRES	516 postes de santé du MSPAS 11 postes de santé militaires 59 postes de santé municipaux 1.409 cases de santé communautaires 495 maternités rurales	85 postes de santé (68 catholiques, 13 Croix-Rouge, 2 ASBEF) 30 formations sanitaires d'entreprise ¹	47 postes de santé 32 infirmeries 150 médecins privés ? clientèles hors des heures de service du personnel médical du secteur public 247 pharmacies 250 dépôts de médicaments ? vendeurs ambulants de médicaments 14 laboratoires de diagnostic	? guérisseurs traditionnels ? de matrones
¹ Le nombre des dispensaires d'entreprise donné ici n'est qu'une estimation approximative. Il se fonde sur des renseignements fournis dans Bitran, Brewster et Ba (1994, 14). <i>Source:</i> Osmanski et al. (1991, 27-30); Banque mondiale (1992b, 4-5; 1993b, 60); COPHASE (1994); Ba (1994, 12).				

4.1.1.2 Formations sanitaires d'entreprise⁷

La main-d'oeuvre officielle des secteurs privé et parapublic est très limitée au Sénégal et elle est en diminution depuis plusieurs années. En 1987, le secteur privé officiel employait quelque 51.000 personnes seulement (31.000 dans l'industrie et 20.000 dans les services), soit seulement 2,2 pour cent de la masse salariale totale (Osmanski et al., 1991, 38). Les organismes parapublics emploient pour leur part 1 pour cent de la masse salariale (de 20.000 à 30.000 employés environ). Les entreprises, à partir de 450 employés, doivent recruter un médecin permanent (Dieng et Barlow, 1991, 58). Qui plus est, nombre de patrons fournissent des services de santé à leur personnel par l'intermédiaire de dispensaires sur le lieu de travail. Au nombre des sociétés privées et parapubliques qui dispensent de tels services, on peut citer: l'industrie minière (qui dessert 9.000 bénéficiaires), la compagnie sucrière (CSS) à Richard Toll (8.000 bénéficiaires), la compagnie d'électricité (SENELEC), la compagnie des eaux (SONEES), la compagnie des autocars publics (SOTRAC) et les postes (OPTS) (Du Moulin et Lagacé, 1990, 8).

Les formations sanitaires d'entreprise vont d'un poste de premiers soins installé dans une pièce à des hôpitaux généraux (tel l'hôpital général de la compagnie sucrière parapublique à Richard Toll). Il y a de grandes variations dans le genre de services que fournissent de telles formations sanitaires d'entreprise à leurs employés.

4.1.2 Secteur à but lucratif

Le secteur à but lucratif comprend un hôpital privé et plusieurs cliniques; des médecins ayant des clientèles privées; des dispensaires et des postes de santé privés; des fabricants de produits pharmaceutiques, des distributeurs de ces produits, des pharmacies et des vendeurs à la sauvette de médicaments; et des guérisseurs traditionnels.

4.1.2.1 Prestataires commerciaux

La prestation de services de santé sur une base commerciale se limite aux praticiens individuels et privés, établis pour la plupart à Dakar. En 1991 (l'année la plus récente pour laquelle des estimations publiées soient disponibles), il y avait 25 polycliniques privées fournissant des soins ambulatoires, une hospitalisation générale et des soins d'obstétrique, 19 de ces établissements se situant à Dakar (Osmanski et al. 1991, 29). Il y avait par ailleurs 47 postes de santé privés à but lucratif et 32 infirmeries, dont beaucoup appartenaient à des infirmiers/infirmières et des infirmières/sages-femmes qui en assuraient le fonctionnement. En 1989, il y avait 150 médecins et 16 infirmières/sages-femmes ayant une clientèle privée — les trois quarts pratiquaient à Dakar, alors que la plupart des autres étaient installés à Saint-Louis et à Thiès. Il y avait également un petit nombre de médecins au chômage (60 en 1991, selon les estimations) et un nombre inconnu de prestataires du secteur public qui avaient leur propre clientèle

⁷ Bien que nombre de ces établissements appartiennent à des entreprises à but lucratif et soient gérés comme tels, ils sont classés dans la catégorie à but non lucratif car les unités de prestation de services de santé elles-mêmes ne fonctionnent généralement pas comme des formations à but lucratif. Ils sont également classés dans la catégorie des prestataires à but non lucratif dans la Politique sanitaire nationale de 1989 (Ministère de la santé publique, 1989, 15).

privée après leurs heures de service (Osmanski et al., 1991, 41). Ces activités au noir sont illégales et elles ont fait l'objet d'une enquête en 1989, mais aucune mesure n'a encore été prise pour les limiter (Ba, 1994, 18). Une explication proposée est que les professeurs d'université, qui sont très influents, figurent parmi les contrevenants les plus notoires.

Les honoraires pour les services médicaux privés sont généralement élevés (environ 30 dollars pour une consultation avec un médecin privé en 1987), ce qui est bien au-delà des moyens de la majorité des Sénégalais (Osmanski et al., 1991, 40). Par ailleurs, les prestataires commerciaux se concentrent essentiellement sur les soins curatifs, par opposition aux soins préventifs. Les prestataires médicaux privés sont organisés en associations professionnelles, la plus influente étant le Conseil de l'ordre des médecins.

4.1.2.2 Secteur pharmaceutique

Le secteur pharmaceutique privé au Sénégal est constitué de trois compagnies locales qui fabriquent des produits pharmaceutiques (Parke-Davis, SIPOA et VALADAFRIQUE qui fournissent conjointement quelque 10 pour cent des produits pharmaceutiques consommés dans le pays) et d'un réseau de distribution constitué de quatre gros importateurs/grossistes (Laborex, Sodipharm, CPHASE et UPIA), 247 pharmacies privées (49 pour cent se situent à Dakar), et environ 250 dépôts de médicaments (c'est-à-dire les pharmacies villageoises qui disparaissent petit à petit) (Osmanski et al., 1991, 37; CPHASE, 1994; Ba, 1994, 12). Le système distribue environ 2.200 produits différents, dont 70 sont fabriqués dans le pays. Bien que le coût d'une ordonnance moyenne soit généralement assez élevé (3.170 FCFA en 1987), la consommation de produits pharmaceutiques est, malgré tout, importante. Les ventes de médicaments du secteur privé auraient atteint au total 55 millions de dollars en 1993 (environ 7 dollars par habitant) (CPHASE, 1994).

Bien que le système privé de distribution des produits pharmaceutique fonctionne relativement bien, il se concentre largement sur Dakar, ses environs et quelques autres grandes villes (c'est-à-dire Saint-Louis et Thiès). Le GS contrôle l'implantation des pharmacies par ses procédures d'attribution de licences. Jusqu'à récemment, toute nouvelle officine devait se situer à 2 km au moins de toute autre officine existante (la distance minimum est maintenant de 1 km). Pendant de nombreuses années, les pouvoirs publics ne permettaient pas aux pharmaciens d'employer d'autres pharmaciens. Depuis 1981, année où l'Etat a cessé de recruter des pharmaciens, le nombre de chômeurs dans les rangs de cette profession progresse rapidement. Les marges de détail sont également contrôlées par l'Etat et elles sont moins élevées pour certains médicaments essentiels ("médicaments sociaux"), ce qui signifie que les détaillants ne sont guère enclins à stocker ce genre de médicaments (Banque mondiale, 1993b, 63; Ba, 1994, 13).⁸

La dévaluation de 50 pour cent du FCFA, en janvier 1994, s'est traduite par des augmentations des prix de détail de 49 pour cent en avril de la même année, ce qui a entraîné un recul de 38 à 65 pour cent des ventes en pharmacie (CPHASE, 1994). L'Etat est intervenu depuis: il a négocié une réduction de 10 pour cent des prix à la production, il a suspendu les droits de douane et autres taxes sur les produits pharmaceutiques, et il a réduit les taux de marge bénéficiaire et de marge commerciale autorisés au niveau

⁸ La marge bénéficiaire pour les médicaments normaux est actuellement de 28 pour cent, alors qu'elle n'est que de 9 pour cent pour les médicaments sociaux. Les pharmaciens voudraient que la liste des médicaments sociaux soit supprimée (Ba, 1994, 13).

des détaillants et des grossistes (la marge de gros maximum autorisée a été ramenée de 10 à 6 pour cent, et la marge de détail autorisée est passée de 33 à 28 pour cent) (Ba, 1994, 24). Ces mesures ont certes réussi à maîtriser la hausse des prix, mais il est évident que la dévaluation — qui a eu une incidence négative tant sur les prix que sur les revenus réels — a eu de sérieuses répercussions sur la demande de produits pharmaceutiques et sur la situation financière des pharmacies et des grossistes (COPHASE, 1994; Perrot, 1994; Ba, 1994). Parallèlement à cela, la dévaluation a stimulé l'industrie pharmaceutique locale et elle a considérablement accéléré le passage à des médicaments génériques conditionnés en pharmacie (COPHASE, 1994).

En plus du marché officiel, il y a aussi un "marché noir" en expansion qui commercialise essentiellement des médicaments de contrebande et des médicaments non autorisés (Ba, 1994, 9). Selon une estimation, la quantité de médicaments vendus de manière illicite était beaucoup plus importante que celle distribuée par le système de soins publics (Fassin, 1988, 106).

4.1.2.3 Laboratoires de diagnostic

Il y a quatorze laboratoires de diagnostic, onze d'entre eux se trouvant à Dakar. Le plus important et le plus moderne est, de loin, l'Institut Pasteur. Les autres proposent une batterie relativement uniforme de services de diagnostic de base (Ba, 1994, 12).

4.1.3 Médecine traditionnelle

Les praticiens traditionnels, tant les guérisseurs que les accoucheuses (matrones), sont un élément important du secteur privé. Selon des estimations, 90 pour cent de la population utilise leurs services à un moment ou à un autre (Pillsbury, 1990, 16). On les trouve pratiquement partout dans le pays et donc, pour beaucoup de gens, ils sont plus accessibles, plus abordables et plus acceptables du point de vue culturel que les praticiens modernes. Ils sont également très utilisés dans les zones urbaines.

Les praticiens traditionnels ne sont soumis à aucune réglementation des pouvoirs publics. Malgré certains efforts qui ont été faits pour les organiser et pour les faire participer à divers projets de santé, on n'a pas encore réussi à les intégrer aux systèmes de soins de santé primaires. La Politique nationale de santé de 1989 stipule que l'un de ses objectifs est de formuler des lois et des règlements en liaison avec la pratique de la médecine traditionnelle (Pillsbury, 1990, 16). Les tradipraticiens constituent une ressource potentiellement importante dans des domaines tels que la distribution et la promotion des contraceptifs et des SRO, ainsi que la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST).

4.1.3.1 Guérisseurs traditionnels

Les guérisseurs traditionnels sont souvent les guérisseurs de premier recours dans beaucoup de villages en milieu rural. Bien qu'on ne dispose pas d'estimations concernant leur nombre, une étude récente dans la région de Fatick en a dénombré à peu près 400 (Finch, 1992). Si leur répartition est semblable à l'échelle du pays (soit 1 pour 1.365 personnes), il y avait approximativement 5.500 guérisseurs traditionnels en 1992. Certains d'entre eux sont des généralistes, d'autres se spécialisent dans des interventions telles que remettre en place les os et traiter des maladies particulières (comme les maladies vénériennes, la lèpre). Certains guérisseurs traditionnels limitent leurs traitements à l'emploi de plantes médicinales, alors que d'autres utilisent surtout des traitements d'ordre religieux ou spirituel (beaucoup associent les deux approches). De nombreux marabouts (chefs religieux) sont également des guérisseurs; et on a observé que même des agents de santé du secteur moderne portent des talismans et des amulettes (gris-gris) dans l'exercice de leurs fonctions (Pillsbury, 1990, 17). Dans certains projets (en particulier le Projet Pikine, appuyé par les Belges), un effort a été fait pour intégrer le travail des guérisseurs traditionnels au secteur sanitaire moderne (Pillsbury, 1990, 17). Il convient de reconnaître cependant qu'on n'accorde pas une attention suffisante aux guérisseurs traditionnels, compte tenu du fait que peut-être 60 pour cent de la population n'a pas accès au système sanitaire moderne.

Sur des 645 patients interrogés pour les enquêtes HFS sur les formations sanitaires des secteurs public et privé, 120 (18,6 pour cent) ont répondu qu'ils avaient consulté un guérisseur traditionnel à un moment ou à un autre au cours des 12 derniers mois, et 92 (14,2 pour cent) ont dit qu'ils en avaient consulté un pour leur problème actuel avant de se rendre à l'établissement où ils étaient interviewés. Les enquêtés ont indiqué qu'ils avaient fait un total de 413 visites à des guérisseurs traditionnels durant les 12 derniers mois — en moyenne 3,4 visites par consultant et 0,6 visite en moyenne par personne sondée. Le pourcentage de patients s'étant rendu chez un guérisseur traditionnel, ainsi que le nombre moyen de visites par consultant, variait beaucoup selon que les patients étaient interviewés dans des établissements du secteur public ou du secteur privé (25,8 pour cent des consultants du secteur public, contre 12,4 pour cent des consultants du secteur privé; 3,0 visites par consultant du secteur public, contre 4,2 visites par consultant privé). Si l'on suppose que la tendance à utiliser des établissements du secteur privé est directement fonction du revenu, on pourrait en conclure que, si la propension à consulter des guérisseurs traditionnels, est une fonction inverse du revenu, le nombre de visites chez les guérisseurs traditionnels par ceux qui font appel à eux, est par contre directement proportionnel au revenu.

Une récente étude financée par l'USAID au sujet des guérisseurs traditionnels a eu lieu dans la région de Fatick au Sénégal (Finch, 1992). Elle a consisté en une enquête auprès de 376 guérisseurs traditionnels qui pratiquent dans la région.⁹ Il y a eu également une enquête portant sur un échantillon de 502 résidents de 29 villages de la même région. Les deux enquêtes se sont déroulées entre le 16 décembre 1991 et le 25 février 1992. L'enquête sur les prestataires a dégagé certaines conclusions intéressantes, notamment:

- ▲ L'âge moyen des guérisseurs traditionnels (17 pour cent sont des femmes) était de 60 ans. Toutefois, beaucoup d'entre eux avaient des apprentis, qui ne sont considérés comme des guérisseurs que lorsqu'ils prennent la relève, à la mort de leur maître. La majorité des

⁹ Tous les guérisseurs interrogés appartenaient à l'Association des guérisseurs de Malango (Fatick). Six seulement des membres de cette association ont refusé de participer à l'enquête (ou n'étaient pas éligibles). Le nombre total des guérisseurs de la région a été estimé à environ 400 par la même enquête.

guérisseurs (88 pour cent) ont indiqué qu'ils avaient appris leur art d'un membre plus âgé de leur famille (commençant leur apprentissage en moyenne à l'âge de 20 ans).

- ▲ Seulement 12 pour cent des guérisseurs enquêtés pratiquaient la médecine comme occupation principale; la plupart étaient également des paysans. Mais quelque 80 pour cent d'entre eux travaillaient aussi à mi-temps dans un dispensaire géré par leur association professionnelle. Le dispensaire était souvent ouvert tous les jours et il y avait au moins quatre guérisseurs sur place en permanence.
- ▲ Aucun des guérisseurs interrogés n'habitait dans un rayon de moins de 20 km d'une pharmacie ou d'une formation sanitaire moderne. L'établissement le plus proche des enquêtés était un dispensaire (74 pour cent) ou une case de santé (25 pour cent).
- ▲ Pratiquement tous les guérisseurs (93 pour cent) ont indiqué qu'ils avaient de bonnes connaissances concernant l'emploi des plantes, l'utilisation des incantations (90 pour cent), les aliments et les breuvages spéciaux (82 pour cent) et bien d'autres traitements (autres produits naturels, inhalations, bains spéciaux, produits animaux, massages et clairvoyance, etc.).
- ▲ La plupart des guérisseurs (71 pour cent) exigeaient d'être payés d'avance. Parmi les patients qu'ils avaient vus récemment, la plupart avaient payé en argent liquide (85 pour cent); 3 pour cent avaient payé en nature, 3 pour cent avaient promis de payer lorsque leur traitement serait terminé, et 8 pour cent n'avaient pas payé du tout (dans cette dernière catégorie, 5 pour cent étaient considérés comme étant trop pauvres).
- ▲ S'il est vrai que les enquêtés estimaient qu'ils étaient en mesure de traiter diverses maladies physiques (comme les diarrhées, les migraines, les maladies sexuellement transmissibles), la plupart des maladies pour lesquelles les gens cherchaient à se faire soigner étaient d'ordre psycho-spirituel. De nombreux guérisseurs (36 pour cent) ont rapporté qu'ils avaient référé des patients à des établissements de soins modernes, mais 11 pour cent seulement ont déclaré que des patients leur avaient été envoyés par de tels établissements.

L'enquête sur la population de Fatick, en plus de confirmer la plupart des renseignements recueillis dans l'enquête sur les prestataires, a également dégagé certaines conclusions intéressantes:

- ▲ Plus des deux tiers des personnes interrogées (69 pour cent) ont déclaré qu'elles avaient consulté fréquemment un guérisseur traditionnel; seulement 14 pour cent ont déclaré qu'elles ne le faisaient jamais.
- ▲ La plupart des patients (70 pour cent) ont déclaré qu'ils avaient reçu des plantes médicinales comme principal traitement.
- ▲ La plupart des patients (90 pour cent) étaient satisfaits de leur traitement, avec 65 pour cent qui affirmaient avoir été guéris, et 25 pour cent qui faisaient état d'une amélioration. Inversement, sur les 95 pour cent des enquêtés qui avaient vu un médecin moderne, 79 pour cent seulement ont indiqué qu'ils avaient été guéris ou soulagés par le traitement qu'ils avaient reçu.
- ▲ Les personnes sondées ont indiqué que les guérisseurs ne sont pas en mesure de traiter efficacement certains problèmes de santé (par exemple les états qui exigent une intervention chirurgicale, les plaies ouvertes). Cependant, ils ont également exprimé le

sentiment que la médecine moderne n'est pas efficace pour soigner les problèmes psychospirituels.

- ▲ Pratiquement tous les enquêtés (94 pour cent) étaient en faveur du maintien de la médecine traditionnelle, et 88 ont indiqué qu'elle devrait avoir un statut officiel.

4.1.3.2 Accoucheuses traditionnelles

Au Sénégal, le terme de "matrone" est souvent employé pour désigner à la fois des accoucheuses traditionnelles (AT) et des accoucheuses villageoises qui ont reçu une formation dans le cadre d'un projet (par exemple le projet UNICEF de Sine Saloum au début des années 70). On n'a pas beaucoup de renseignements au sujet des accoucheuses traditionnelles, de leur nombre ou du rôle qu'elles jouent dans le domaine de la santé maternelle et des soins aux enfants. Toutefois, l'enquête sur la mortalité maternelle au Sénégal a établi que des accoucheuses traditionnelles étaient présentes dans 22 pour cent des naissances à la maison, et que des matrones l'étaient dans 15 pour cent des cas (Pillsbury, 1990, 18).

4.1.3.3 Automédication avec des médicaments traditionnels

En plus de faire appel à des praticiens traditionnels, la population se soigne souvent en faisant appel à une riche éventail de remèdes traditionnels, notamment: rath, sindiegne, kel, kindeliba, bissap, dankh, feuilles de goyave, xorom-pole et neem. Même dans les zones urbaines, et même parmi les personnes éduquées ou celles ayant une assurance-maladie, les médicaments traditionnels sont largement utilisés pour traiter des symptômes tels que les maux de tête, les parasites, la fatigue et la diarrhée. Il sont aussi employés fréquemment pour traiter des maladies chroniques comme les rhumatismes, le diabète et l'asthme. Le travail de recherche qui fait autorité en matière de pharmacopée traditionnelle sénégalaise a été effectué sur une période de 30 ans par le Professeur J. Kerharo à l'Ecole de médecine de Dakar (Pillsbury, 1990, 18-19).

4.1.4 Assurance-maladie

Il y a différents types d'assurance-maladie au Sénégal (Du Moulin et Lagacé, 1990, 15-16):

- ▲ Les employés, les retraités du secteur public et leur famille sont couverts par un programme qu'administre le Ministère des finances (Trésor) qui rembourse 80 pour cent des frais de santé couverts des employés et leur famille. Les services couverts comprennent l'hospitalisation, les soins ambulatoires et les services de diagnostic — mais pas les médicaments. Environ 400.000 personnes étaient couvertes en 1991. En outre, les fonctionnaires ont gratuitement accès aux établissements du secteur public; et un petit nombre de malades (à peu près 30 par an) sont pris en charge pour une évacuation sanitaire vers la France (Banque mondiale, 1992b, 20).
- ▲ Certains employeurs privés fournissent une assurance-maladie privée à leurs cadres de gestion et à leur personnel professionnel, ainsi qu'aux familles de ceux-ci. Dans certains cas, les employeurs paient la totalité de la prime de l'employé; dans d'autres, les patrons et les employés partagent le coût; et, dans certains cas, seul l'employé paie. Les prestations sont très variables, de même que le niveau des remboursements qui couvrent en moyenne 80 pour cent des frais. On ne dispose pas de renseignements sur le nombre d'employés couverts. En plus, certains employés prennent une assurance supplémentaire pour obtenir le remboursement de frais qui ne sont pas couverts par leurs autres programmes d'assurance.
- ▲ En 1975, le Sénégal a mis en oeuvre une législation faisant obligation à toutes les entreprises économiques soit de créer un mécanisme d'assurance patronale, appelé Institut de prévoyance maladie (IPM), soit de s'associer à un tel mécanisme. Les entreprises qui ont plus de 100 employés doivent établir leur propre IPM; les entreprises plus petites ont deux options: se mettre à plusieurs pour former un IPM ou s'affiler à un IPM existant (Dieng et Barlow, 1991, 61). Les IPM sont financés par des cotisations patrons-employés égales à 6 pour cent du salaire de l'employé, le maximum étant de 3.600 FCFA par mois (environ 15 dollars). Les plans couvrent les employés et leur famille, avec des niveaux de remboursement d'environ 60 pour cent pour les soins ambulatoires et de 70 pour cent pour les médicaments. Bien que la participation soit obligatoire, son application n'est pas surveillée. On estime qu'un quart seulement de l'ensemble des salariés est effectivement couvert par un IPM, et que la couverture totale est inférieure à 10 pour cent de la population (la plupart des personnes couvertes habitent à Dakar ou dans ses environs). Un système séparé (IPRES) couvre environ 60.000 retraités et leur famille. Environ 445.000 personnes sont couvertes par les mécanismes IPM ou IPRES (Banque mondiale, 1992b, 20). Le programme des IPM est administré par le Ministère du travail et il a connu de sérieuses difficultés financières, notamment des faillites, des réductions des prestations et des retards dans le remboursement des prestataires. Il y a diverses raisons sous-jacentes à ces problèmes financiers: 1) les primes ne sont pas calculées en fonction des pertes effectivement enregistrées dans le passé; 2) l'exonération de certains employés ayant des salaires élevés; 3) l'absence d'un partage des risques entre les plans (réassurance); et 4) des abus généralisés (par exemple des gens qui obtiennent des remboursements pour des

amis ou des parents qui ne sont pas couverts); et 5) les pratiques de prescription des prestataires sont excessives.

En outre, un rapport de la Banque mondiale a noté l'existence de mécanismes informels de partage des risques (tontines) dans tout le Sénégal (Banque mondiale, 1992b, 21). Il s'agit de mécanismes d'épargne en commun auxquels les participants peuvent faire appel s'ils ont besoin de fonds. Ces caisses peuvent constituer un volant de sécurité si l'un des membres de la tontine (ou un parent) exige des soins médicaux plus coûteux.

En résumé, un pourcentage relativement faible de la population, constitué de salariés et de membres de leur famille, est couvert par une assurance-maladie. Etant donné que la main-d'oeuvre salariée est relativement peu nombreuse, et qu'elle a tendance à diminuer ces dernières années, une progression importante de la couverture par des assurances-maladie privées est peu probable à brève échéance. Qui plus est, comme cela est reconnu dans un récent rapport de la Banque mondiale (Banque mondiale, 1992b, 26), l'impact global de l'assurance-maladie sur l'accès aux services de santé est peu évident. S'il est clair que l'assurance-maladie facilite l'accès aux soins pour les personnes assurées, et stimule la demande de services privés, il y a toutefois des conséquences négatives possibles:

- ▲ L'utilisation parmi les personnes assurées tend à être beaucoup plus importante que chez celles qui ne sont pas assurées. Lorsque les services fournis par le secteur public sont très subventionnés, comme c'est le cas au Sénégal, les assurés (qui sont dans l'ensemble relativement prospères) peuvent absorber une part encore plus grande des subventions de l'Etat. Cette évolution deviendra plus marquée dans la mesure où les médecins privés obtiennent un accès facile à des établissements publics pour leurs patients, et dans la mesure où il y a une concurrence entre hôpitaux autonomes pour attirer des patients qui génèrent des revenus.
- ▲ L'accroissement de la demande de services de la part d'assurés peut entraîner des hausses de prix, en particulier dans le secteur privé. Cette situation aura pour effet de limiter l'accès des personnes non assurées aux services privés.

4.2 PERFORMANCE GENERALE DU SECTEUR PRIVE

4.2.1 Utilisation

L'Enquête de 1991/92 sur les priorités (Enquête sur les priorités-ESP), qui s'est déroulée sous l'égide de la Banque mondiale, a porté sur un échantillon national de 10.000 ménages (86.000 personnes). On a demandé à tous les enquêtés s'ils avaient été malades à un quelconque moment au cours de trente derniers jours ayant précédé l'entretien. Dix-huit pour cent ont répondu qu'ils avaient été malades (Sadio, 1994, 13). Parmi ceux faisant état d'une maladie, 39 pour cent n'avaient pas cherché à obtenir des soins en dehors de la maison. Parmi ceux qui voulaient se faire soigner à l'extérieur (61 pour cent), plus de la moitié s'étaient adressés à des postes de santé du MSPAS, alors qu'un autre quart s'étaient adressé soit à un hôpital du MSPAS, soit à un centre de santé. Parmi les 25 pour cent restants, la plupart avaient consulté divers prestataires privés (*Tableau 4-2*).

L'ESP a également demandé aux personnes interrogées combien de visites elles avaient effectuées aux divers types de formations sanitaires, pour quelque raison que ce soit, durant les trente derniers jours. La moyenne d'ensemble était de 0,22 par personne (ce qui correspond à 2,64 visites par an) mais des différences considérables étaient observées en fonction du lieu de résidence (0,26 visites par personne dans les zones urbaines, contre 0,19 en milieu rural), selon que le sondé avait été malade ou non (1,18 visite à l'occasion d'une maladie, 0,01 sans maladie), et selon le niveau d'éducation du sondé (0,22 pour ceux ayant une éducation primaire ou moins, contre 0,29 pour ceux ayant fait des études secondaires et au-delà). Le faible taux de visites pour ceux qui n'étaient pas malades indique que l'utilisation des soins préventifs est faible (Sadio, 1994, 17).

TABLEAU 4-2 SOURCE DE LA PREMIERE CONSULTATION	
Type d'établissement	Pourcentage
Hôpital/centre de santé MSPAS	24,6
Poste de santé/dispensaire MSPAS	50,5
Etablissement catholique/ONG	7,8
Médecin privé	4,8
Formation sanitaire d'entreprise	3,1
Guérisseur traditionnel/marabout	6,4
Pharmacien privé	0,5
Autres	2,2
TOTAL	100,0
<i>Source: 1991/92 ESP (Sadio, 1994, 30)</i>	

Des données récemment recueillies par le Projet HFS suggèrent que la performance du secteur privé peut se comparer très favorablement à celle du secteur public, pour ce qui est des niveaux d'utilisation, des coûts, de l'efficacité, de la qualité des soins, et de la durabilité (Bitran, Brewster et Ba, 1994a, 1994b). Quatre types d'établissements du secteur privé (à savoir les postes de santé catholiques, les formations sanitaires d'entreprise, les cliniques à but lucratif et autres formations privées sans but lucratif) figuraient parmi les 57 établissements enquêtés en 1992 (les données recueillies dans l'enquête portent sur l'exercice 1991, c'est-à-dire la période allant de juillet 1990 à juin 1991). Les taux d'utilisation les plus élevés étaient observés dans les postes de santé catholiques, avec une moyenne de 27.000 visites de tous types par année (en moyenne 75.000 visites pour les quatre postes de santé de Dakar). Leurs niveaux d'utilisation se comparaient très favorablement à ceux des centres et des postes de santé du MSPAS, qui respectivement avaient une moyenne de 34.000 et de 12.000 visites, selon l'enquête HFS relative aux établissements du secteur public. Les formations sanitaires d'entreprise, les cliniques à but lucratif et les autres cliniques privées à but non lucratif (comme Croix-Rouge, Musulmans) avaient en moyenne 16.000, 4.000 et 9.000 visites par an, respectivement.

4.2.2 Coûts et efficacité

L'enquête HFS sur les établissements privés a trouvé que le total des coûts était très variable selon les différentes catégories de prestataires privés. Les cliniques à but lucratif et les formations sanitaires d'entreprise absorbaient le plus de ressources, avec des coûts moyens annuels par établissement (amortissement non compris) de 85 millions de FCFA (314.000 dollars) et 70 millions (259.000 dollars) respectivement. A l'opposé, les postes de santé catholiques et autres dispensaires à but non lucratif avaient des coûts se montant au total à 8,6 millions de FCFA (32.000 dollars) et 7,7 millions (29.000 dollars) respectivement. Par comparaison, 18 centres de santé du MSPAS et 36 postes de santé avaient en moyenne des coûts totaux de 47 millions de FCFA (174.000 dollars) et de 4 millions (15.000 dollars) respectivement.

Il est important de noter que la structure des coûts était très différente selon qu'il s'agissait d'établissements du secteur public ou du secteur privé. Les frais de personnel dans les établissements enquêtés du secteur privé représentaient environ 40 pour cent du total des coûts, alors qu'ils étaient de 80 pour cent dans les centres de santé et les postes de santé du MSPAS. (La structure des coûts pour les autres établissements à but non lucratif ressemblait à celles des établissements publics). Le coût des médicaments représentaient en moyenne de 28 pour cent des coûts totaux dans les postes de santé catholiques comme dans les formations sanitaires d'entreprise; 12 pour cent dans les cliniques à but lucratif; et seulement 9 et 16 pour cent respectivement pour les centres de santé et les postes de santé du MSPAS. Les autres frais (par exemple les fournitures et les services publics) représentaient en moyenne plus de 25 pour cent des coûts totaux des postes de santé catholiques, des formations sanitaires d'entreprise et des cliniques à but lucratif, contre 9 pour cent seulement dans les centres de santé et des postes de santé du MSPAS. Ces données sur la structure des coûts suggèrent que le secteur privé est plus efficace dans sa manière d'associer les ressources que le secteur public, où les coûts de personnel dominant, et que, en conséquence, la qualité des soins est peut-être aussi meilleure dans le secteur privé.

Afin d'avoir toutefois une indication plus précise de l'efficacité d'ensemble, il faut examiner les mesures des coûts et des rendements simultanément, ainsi que les mesures relatives à la productivité de la main-d'oeuvre (c'est-à-dire le rendement par unité d'apport de main-d'oeuvre). Il est difficile de comparer les coûts par unité de rendement pour toutes les quatre catégories de prestataires privés incluses dans les enquêtes HFS sur les prestataires, car deux de ces catégories (les cliniques à but lucratif et les autres cliniques à but non lucratif) combinent les coûts des services aux patients hospitalisés et aux patients externes. Cependant, parmi autres catégories, uniquement celles des patients externes, les postes de santé catholiques, avaient un coût par visite de 298 FCFA (1,10 dollar) contre 304 FCFA (1,13 dollar) dans les centres de santé et les postes de santé enquêtés par le MSPAS; les formations sanitaires d'entreprise ont une moyenne beaucoup plus élevée par visite: 4.287 FCFA (15,88 dollars).

A première vue, on pourrait penser que les postes de santé catholiques et ceux du MSPAS sont aussi efficaces les uns que les autres, avec des coûts par visite de l'ordre de 300 FCFA, mais leurs structures de coûts respectives indiquent qu'il en est autrement. Le fait que les coûts hors main-d'oeuvre (c'est-à-dire les médicaments, les fournitures et autres intrants) représentent plus de la moitié des frais des postes de santé catholiques, contre 20 pour cent seulement des frais pour les postes de santé du MSPAS, suggère que ces derniers produisent un rendement de meilleure qualité (pour lesquels, selon l'enquête HFS, ils sont en mesure de facturer un prix environ deux fois plus élevé) en raison d'une plus grande productivité de la main-d'oeuvre.

4.2.3 Qualité des soins

Pour mesurer la qualité des soins, les enquêtes HFS du secteur public et du secteur privé ont recueilli des données sur: 1) la disponibilité des approvisionnements en médicaments; 2) le respect par le personnel médical des standards cliniques de traitement; 3) la manière dont les patients et le personnel perçoivent la qualité des soins. Les conclusions sur la qualité des soins étaient les suivantes:

- ▲ Les prestataires du privé sont généralement bien pourvus en médicaments et fournitures médicales (comme le suggérerait leur structure des coûts). Les postes de santé catholiques et les prestataires à but lucratif n'enregistraient pas de ruptures de stock. A l'opposé, les établissements du secteur public ont souvent eu des ruptures de stock durant la même période, surtout pour les vaccins, la choloquine et les SRO. Par exemple, il y a eu des ruptures de stock dans plus de 60 pour cent des centres de santé du MSPAS pour les SRO et les vaccins, à un moment ou à un autre, durant l'exercice 91. Des ruptures de stock sur les fournitures (par exemple l'alcool, le coton et les seringues) se sont également produites dans le secteur public.
- ▲ Des agents sanitaires ayant une formation universitaire ont évalué le respect des normes de traitement par les prestataires des établissements tant publics que privés. Les taux de conformité les plus élevés étaient observés chez les prestataires à but lucratif. La conformité était relativement médiocre dans les trois autres catégories de prestataires privés, mais du même ordre que celle du secteur public.
- ▲ A la sortie des établissements enquêtés, on demandait aux patients d'évaluer la qualité des soins en fonction d'une série d'indicateurs. En général, les patients étaient satisfaits des services qu'ils avaient obtenus tant des établissements publics que privés. Bien plus de 90 pour cent des patients du secteur privé étaient généralement satisfaits de la qualité des soins reçus et ils indiquaient qu'ils reviendraient.
- ▲ Les membres du personnel des établissements privés tendaient à qualifier de "bonne" la qualité des soins dans leurs établissements. Les perceptions les plus favorables du personnel se trouvaient dans les établissements à but lucratif (93 pour cent "bonne"), mais elles étaient également élevées dans les formations sanitaires d'entreprise et dans les postes de santé catholiques (74 et 79 pour cent respectivement). Seule exception dans la catégorie des établissements privés: les autres formations sanitaires à but non lucratif, où 26 pour cent seulement des membres du personnel qualifiaient de "bonne" la qualité des soins. Le personnel des établissements d'Etat était plus pessimiste. Parmi les établissements du MSPAS, les postes de santé enregistraient le taux d'approbation le plus élevé (33 pour cent "bonne").

4.3 CONTRIBUTION DU SECTEUR PRIVE AUX PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE

Certains types de services de santé, parfois appelés activités de santé publique, nécessitent une intervention publique à des degrés divers. Il y a notamment: 1) les biens de santé publique traditionnels (certains sont des biens publics, c'est-à-dire qu'il est difficile de les facturer), comme l'eau, l'assainissement et la lutte contre les vecteurs; 2) les services impliquant des facteurs externes (à savoir que les avantages et les coûts pour la société diffèrent des avantages et des coûts pour le particulier), comme la lutte contre les maladies transmissibles; et 3) les biens à "mérite" (c'est-à-dire les services sanitaires insuffisamment utilisés par le public en raison d'un manque d'information), comme la planification familiale, la vaccination et autres formes de soins préventifs. Les activités de santé publique ont un dénominateur commun: elles ne seraient pas produites en quantité suffisante par les marchés privés en l'absence d'une intervention de l'Etat. Malgré la nécessité d'une telle intervention en faveur de ces activités, le secteur privé peut cependant jouer un rôle important dans le domaine des activités de santé publique:

- ▲ Le secteur privé peut accroître l'accès aux biens et aux services du secteur public dans les régions mal desservies par le secteur public;
- ▲ Le secteur privé peut fournir des biens de santé publique à certaines couches de la population qui sont disposées à payer pour certains services et qui en ont les moyens;
- ▲ Le secteur privé peut être en mesure de fournir des biens de santé publique plus efficacement que le secteur public, peut-être avec des subventions publiques.

Au Sénégal, le secteur privé joue seulement un rôle limité dans la prestation de services de santé publique. Bien que les établissements du secteur privé à but non lucratif fournissent normalement une gamme complète de services préventifs (à l'exception des postes de santé catholiques qui ne fournissent pas de contraceptifs), la proportion totale de soins à caractère préventif dans ces établissements tend à être inférieure à celle des établissements ambulatoires publics. Par exemple, selon des données recueillies lors des enquêtes HFS sur les établissements des secteurs public et privé, les visites préventives ne représentaient que 11 pour cent de toutes les visites à des postes de santé catholiques, alors qu'elles représentaient respectivement de 33 et de 34 pour cent de toutes les visites de patients externes à des centres et des postes de santé publics (Bitran, Brewster et Ba, 1994a, 1994b). Dans six établissements privés à but lucratif enquêtés, les vaccinations étaient le seul service préventif offert, représentant seulement 8 pour cent des visites de tous les patients externes.

Le rôle relativement mineur du secteur privé dans la prestation de services de santé publique tient notamment à ce que la plupart des habitants des campagnes (60 pour cent de l'ensemble de la population sénégalaise) n'ont pas facilement accès à des établissements privés, mis à part les dépôts de médicaments (**Tableau 4-3**). Les données de l'EDS 1992/93 sont une indication de l'importance de la proximité des établissements de santé comme facteur déterminant de l'utilisation. Par exemple, parmi les femmes rurales ayant eu un enfant au cours des cinq années qui ont précédé l'EDS, 60 pour cent de celles qui ont reçu des soins prénatals et une assistance médicale lors de leur accouchement vivaient dans un rayon de 5 kilomètres d'une formation sanitaire qui dispensait de tels services, tandis que 42 pour cent seulement des mères n'avaient bénéficié d'aucun de ces services. De même, 58 pour cent des enfants nés durant la même période, et qui avaient eu toutes leurs vaccinations, vivaient dans un rayon de 5 kilomètres de l'établissement de santé le plus proche fournissant des services de PMI, tandis que 43 pour cent des

enfants n'avaient pas été vaccinés — ou ne l'avaient été que partiellement (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 182).

Un autre facteur qui pourrait restreindre le rôle du secteur privé dans la prestation de services de santé publique, même pour la population urbaine, est l'attitude des milieux médicaux du pays vis-à-vis de la fourniture de tels services. Le Conseil de l'ordre des médecins est opposé à la prestation de certains types de services de santé publique par du personnel paramédical, en particulier pour les activités traditionnellement exécutées par des médecins (Osmanski et al., 1991, 48). Par exemple, le Conseil ne veut pas permettre aux infirmières et aux sages-femmes de fournir certains types de services de planification familiale et il est pour des contrôles stricts pour la prescription de contraceptifs oraux. Certains médecins privés ont également été favorables à une concentration exclusive sur les soins curatifs et ils ont choisi de fournir des services d'un coût relativement élevé à un segment étroit de la population.

Ces attitudes se sont retrouvées dans les réponses de certains médecins privés lorsqu'on leur a demandé de suggérer des mesures au GS pour encourager le secteur privé à fournir davantage de soins préventifs. Cinq médecins (sur un total de 57 qui ont répondu) ont exprimé le point de vue que les soins préventifs étaient du domaine exclusif des pouvoirs publics.¹⁰ Toutefois, il est important de souligner qu'un plus grand nombre de enquêtés (11 sur 57) a suggéré que les pouvoirs publics subventionnent d'une manière ou d'une autre la prestation de services préventifs. Certains participants ont suggéré que les médecins (en particulier les spécialistes) soient tenus de donner une certaine quantité de temps (par exemple un jour par semaine ou deux jours par an) au secteur public.

4.3.1 Services de santé génésique

4.3.1.1 Planification familiale

La croissance démographique au Sénégal reste très rapide. Elle est actuellement de l'ordre de 2,8 à 3,2 pour cent par an. La population est estimée aujourd'hui à environ 8 millions d'habitants — lors du recensement de 1988 elle était 6,9 millions — et, selon les projections, elle devrait pratiquement atteindre les 10 millions d'ici à l'an 2000. Bien que les taux de mortalité soient en baisse depuis un certain temps, les taux de fécondité demeurent élevés. Selon l'EDS 1992/93, le taux de fertilité total est aujourd'hui de 6,0, par rapport à 6,62 en 1986 et à 7,15 en 1978 (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 30). La prévalence de la contraception (méthodes modernes) était de 2,4 pour cent au moment de l'EDS 1986 et elle n'avait augmenté que de 4,8 pour cent à l'époque de l'EDS 1992/93.

¹⁰ Les réponses étaient les suivantes: (1) [les soins préventifs] devraient être du ressort du secteur public, de même que les maladies endémiques; par contre, le secteur privé devrait se concentrer sur les soins curatifs individuels (gynécologue homme, clientèle privée, 34 ans); (2) [les soins préventifs] sont du domaine de l'Etat (pédiatre homme, clientèle privée, 65 ans); (3) le secteur public doit faire des choses comme la vaccination et l'éducation sanitaire (cardiologue femme, clientèle privée, 38 ans); (4) [les soins préventifs] ne sont pas du domaine du secteur privé [femme pédiatre travaillant dans une clinique privée, 32 ans]; et (5) les prestataires du privé n'ont pas vraiment de temps pour cela — il faut en laisser la responsabilité à l'Etat (chirurgien homme, clientèle privée, 40 ans).

TABLEAU 4-3 REPARTITION DES DISTANCES ENTRE LE LIEU DE RESIDENCE ET LES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES (pourcentage)						
Type d'établissement	Lieu de résidence	Distance (kilomètres)				Total
		0-4	5-29	30+	NR	
Hôpital privé	Urbain	74	14	11	2	100
	Rural	1	19	79	2	100
Médecin/dispensaire privés	Urbain	76	11	7	6	100
	Rural	3	32	62	3	100
Pharmacie	Urbain	99	1	0	0	100
	Rural	10	42	47	1	100
Dépôt de médicaments	Urbain	8	31	7	53	100
	Rural	37	50	5	9	100

Source: EDS 1992/93 (Ddiaye, Diouf et Ayad, 1994)

Il y a plusieurs raisons pour les faibles niveaux d'utilisation de la contraception au Sénégal:

- ▲ Les connaissances de la contraception moderne sont limitées. La méthode moderne la plus connue est la pilule, que connaissent 63 pour cent des Sénégalaises (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 40). Toutefois, seulement 36 pour cent de l'ensemble des femmes, et seulement 34 pour cent des femmes mariées, savaient où on pouvait l'obtenir.
- ▲ La demande est faible. Selon l'EDS 1992/93, le nombre idéal d'enfants pour les femmes mariées qui ont donné une réponse chiffrée est en moyenne de 6,3 (comparé à un TFT de 6,0 actuellement). Soixante-deux pour cent des femmes n'ont pas l'intention d'avoir recours à la contraception dans l'avenir — 40 pour cent d'entre elles ont expliqué qu'elles voulaient avoir d'autres enfants.
- ▲ La femme a un statut relativement inférieur. Peu de femmes ont fait des études (le taux d'alphabétisation est de 19 pour cent seulement). La plupart des femmes se marient jeunes (l'âge médian est de 16 ans), et les maris ont en moyenne 14,4 ans de plus que leur épouse. Le mariage est assez instable en raison des décès et des divorces, mais les remariages sont fréquents. La polygamie est largement pratiquée (47 pour cent des femmes actuellement mariées ont un époux polygame).
- ▲ Il y a des différences marquées entre les maris et les femmes concernant la fécondité désirée. Selon les conclusions du questionnaire homme de l'EDS 1992/93, le nombre désiré d'enfants pour les hommes est de 10,4, et 69 pour cent des hommes veulent plus d'enfants que leur épouse. Dans 4 pour cent seulement des ménages, l'homme et la femme ne souhaitaient pas avoir d'autres d'enfants. Soixante-six pour cent des femmes connaissent au moins une méthode de planification familiale et approuvent la pratique,

contre 44 pour cent seulement chez les hommes. Soixante-dix-huit pour cent des hommes mariés déclarent qu'ils n'ont jamais parlé de planification familiale avec leur femme.

- ▲ Les services ne sont pas facilement disponibles dans les zones rurales. Selon l'EDS 1992/93, seulement 29 pour cent des femmes mariées en milieu rural vivaient dans un rayon de 5 kilomètres d'un endroit où elles pourraient obtenir des services de planification familiale (30 pour cent habitaient dans un rayon de 30 kilomètres ou plus de la source de services la plus proche).
- ▲ Le soutien aux échelons les plus élevés du GS a été faible. Bien que le Sénégal ait adopté une Politique démographique nationale en 1988 (exigée par la Banque mondiale comme condition préalable à un prêt d'ajustement structurel), les hautes instances de l'Etat ne l'ont pas véritablement avalisée; et sa mise en oeuvre a été entravée par des éléments conservateurs de la société (Osmanski et al., 1991, 48). En particulier, les dirigeants n'étaient pas disposés à exprimer publiquement leur soutien à la limitation (par opposition à l'espacement) des naissances.
- ▲ La résistance à la contraception de la part d'une communauté médicale relativement conservatrice (elle comprend beaucoup de catholiques, bien que moins de 5 pour cent de la population totale appartienne à cette religion) a limité la disponibilité des contraceptifs, en particulier pour les populations rurales. Une étape importante a toutefois été franchie en 1990, lorsque le MSPAS, sur recommandation d'experts locaux, a suspendu l'exigence de tests de laboratoires avant la prescription de contraceptifs oraux (Osmanski et al., 1991, 49; Pillsbury, 1990,3).

Selon l'EDS 1992/93, la plupart des femmes s'adressent au secteur public pour obtenir des contraceptifs. Dans le cas des deux méthodes modernes les plus couramment utilisées, la pilule et le dispositif intra-utérin (DIU), 63 et 68 pour cent des utilisatrices ont rapporté que les établissements du secteur public étaient leur source d'approvisionnement la plus récente. Les sources privées, qui comptent pour le reste, comprenaient les dispensaires (9 pour cent des sources de pilules, 25 pour cent pour les DIU), les pharmacies (17 pour cent des sources de pilules) et les médecins privés (6 pour cent des sources de pilules, 5 pour cent des sources de DIU). On a estimé que lorsque le nombre de contraceptifs fournis par l'USAID et le FNUAP avait augmenté à la fin des années 80, la part commerciale du marché des contraceptifs avait chuté de près de moitié en 1985, tombant à un peu plus d'un quart en 1990 (Osmanski et al., 1991, 63).

Comme mentionné plus haut, l'ASBEF (qui est affiliée à l'IPPF) exploite deux dispensaires de planification familiale, un dispensaire pilote de planification familiale à Dakar et un dispensaire plus petit à Louga. Comme les autres dispensaires pilotes qui entament un programme de planification familiale, l'établissement de Dakar constitue pour tout le pays un exemple important par la prestation de services de qualité en matière de planification familiale et de santé génésique.

Les postes de santé catholiques offrent divers services de santé curative et préventive, y compris des conseils pour la planification familiale naturelle; mais ils ne fournissent pas d'autres types de services de planification familiale. Le fait que l'Eglise catholique soit le principal prestataire privé en milieu rural limite encore la capacité du secteur privé à fournir des services de planification familiale.

L'USAID a aidé certains prestataires de services de planification familiale par le truchement du Volet secteurs privé et parapublic (VSPP) du Projet santé familiale (PSF) de 1987-92. Le PSF avait pour

but d'établir la prestation de services de planification familiale dans les formations sanitaires des entreprises publiques et parapubliques, mais il a également apporté son concours à des praticiens, des laboratoires et des pharmaciens du secteur privé (Osmanski et al., 1991, 42-43). En 1989, le VSPP avait travaillé à 40 activités de prestation de services de planification familiale avec 26 organisations dans six régions. En juin 1989, le VSPP a organisé une Conférence conjointe MSPAS et Association nationale des pharmaciens qui a rassemblé 60 pharmaciens de toutes les régions du pays. La conférence a donné son aval à un renforcement de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) pour la planification familiale et la survie de l'enfant, ainsi que pour le marketing social des condoms et des SRO. La conférence a notamment eu comme prolongement la décision du GS de supprimer toutes les taxes sur les condoms importés.

Le fait que les méthodes qui nécessitent un approvisionnement (en particulier, pour la pilule) soient les méthodes contraceptives les plus populaires suggère que les sources privées (en particulier les pharmacies) pourraient peut-être jouer un rôle accru à l'avenir en matière de planification familiale. Toutefois, bien qu'au moins 12 marques de contraceptifs oraux soient commercialisées au Sénégal, les prix tendent à être relativement élevés (par exemple, en 1991, les contraceptifs oraux les moins chers se vendaient environ 1,35 dollar). Qui plus est, le réseau de distribution se limite *grosso modo* à Dakar, à ses environs et à quelques unes des autres grandes villes.

On trouve toute une gamme de condoms sur le marché, mais ils ont tendance à être aussi relativement chers (environ 1 dollar l'unité en 1991, bien qu'on ait pu en acheter à l'époque pour 0,20 dollar au marché noir). En ce moment, les condoms peuvent être commercialisés uniquement dans les pharmacies, même si l'application de ce règlement a été quelque peu assouplie (Osmanski et al., 1991, 44). Les taxes sur les condoms importés ont été supprimées en 1990 (des droits de douane de soixante pour cent étaient précédemment appliqués), mais on n'a que peu de preuves que ce changement de politique ait entraîné une baisse des prix. Un projet de marketing social des condoms devait démarrer en novembre 1994 (il en sera question plus loin, à la rubrique MST/SIDA).

Le seul produit injectable disponible en pharmacie en 1991 était le Noristerat de Schering, qui se vendait aux alentours d'un dollar l'unité, mais le volume des ventes était très faible. L'implant NORPLANT est actuellement disponible par l'intermédiaire du MSPAS uniquement, à titre expérimental.

4.3.1.2 Services maternels et périnataux

Comme nous l'avons déjà mentionné, le Sénégal a des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. Les soins prénatals et les accouchements avec une assistance médicale peuvent contribuer dans une large mesure à réduire ces deux types de mortalité. Selon des données de l'EDS 1992/93 (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 85-88), 74 pour cent des femmes enceintes reçoivent actuellement des soins prénatals soit d'un médecin (5 pour cent), soit d'une infirmière/sage-femme (68 pour cent), ce qui représente une augmentation de 16 pour cent depuis l'EDS 1986. Ici encore toutefois, il y a d'importantes variations selon le lieu de résidence (63 pour cent en milieu rural, contre 94 pour cent en ville) et le niveau d'éducation des mères (69 pour cent chez celles qui ne sont pas allées à l'école, contre 94 et 98 pour cent respectivement chez les mères ayant une éducation primaires et secondaire ou supérieure). Il faut aussi remarquer que 13 pour cent seulement des femmes ont eu 4 visites prénatales ou plus, comme recommandé l'OMS; et la médiane de l'âge de la grossesse au moment de la première visite prénatale est de 3,9 mois.

Un pourcentage important (5 pour cent) des femmes enceintes s'adressent à des accoucheuses traditionnelles pour obtenir des soins prénatals, soit le même pourcentage que les femmes faisant appel à un médecin pour de tels soins. La proportion est plus élevée chez les femmes qui habitent à la campagne (7 pour cent, contre 1 pour cent en zone urbaine) et chez les femmes qui ne sont pas allées à l'école (6 pour cent, contre 3 et 1 pour cent respectivement chez les femmes ayant une éducation primaire et secondaire ou au-delà) (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 86).

Selon une récente évaluation du secteur de la santé, l'anémie est le problème médical le plus communément associé à la grossesse au Sénégal (Osmanski et al., 1991, 14). A l'hôpital de Kaolack en 1985, par exemple, 38 pour cent des femmes enceintes étaient diagnostiquées comme étant anémiques. Sur 10 femmes interrogées pour l'Etude sur la mortalité maternelle de 1988, près de six ont répondu qu'elles considéraient la pâleur comme un signe normal de grossesse. L'anémie peut être traitée à la fois par un enrichissement en fer ou des suppléments de fer, et le marketing social pourrait être un instrument efficace pour la mise en oeuvre d'un tel programme.

Les vaccinations antitétaniques sont une mesure importante pour réduire la mortalité néonatale. Selon l'EDS 1992/93 (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 88-89), 70 pour cent des mères qui avaient accouché durant les cinq ans ayant précédé l'enquête avaient été vaccinées contre le tétanos — les trois quarts de ces femmes avaient reçu deux doses ou plus (deux doses sont requises pour une première grossesse, une suffit par la suite). Soixante-treize pour cent des femmes avaient un carnet prénatal au moment de l'enquête. Toutefois, il existe des disparités marquées en fonction du lieu de résidence (62 pour cent en milieu rural, contre 94 pour cent en ville), de la région de résidence (56 pour cent dans le nord-est, contre 93 pour cent dans l'ouest), et du niveau d'éducation des mères (68 pour cent chez celles qui ne sont pas allées à l'école, contre 94 et 98 pour cent respectivement chez les femmes ayant une éducation primaire et secondaire ou au-delà).

Plus de la moitié des Sénégalaises (53 pour cent) donnent naissance à leurs enfants chez elles, plus de la moitié d'entre elles (28 pour cent) sont assistées par une accoucheuse traditionnelle (les autres naissances à la maison s'effectuent avec l'aide d'une amie ou d'une parente, ou sans personne). Quarante-sept pour cent des accouchements ont lieu dans une formation sanitaire, et la plupart (45 pour cent) se font en présence d'une infirmière ou d'une infirmière/sage femme (ce qui signifie que 2 pour cent seulement des accouchements sont effectués par des médecins). Il y a toutefois des différences marquées selon l'endroit où se déroule l'accouchement, en fonction des facteurs suivants:

- ▲ le lieu de résidence (29 pour cent des naissances à la campagne se passent dans un établissement sanitaire, contre 81 pour cent pour les accouchements en ville);
- ▲ la région (31 pour cent des naissances dans le nord-est, contre 70 pour cent dans l'ouest);
- ▲ le niveau d'éducation de la mère (39 pour cent chez les femmes qui sont allées à l'école, contre 77 pour cent pour les femmes ayant une éducation primaire et 93 pour cent pour les femmes ayant une éducation secondaire ou universitaire); et
- ▲ les soins prénatals reçus (10 pour cent pour les femmes n'ayant pas reçu de soins prénatals, contre 66 pour cent chez les femmes ayant eu quatre visites prénatales ou plus).

4.3.2 Maladies transmissibles

4.3.2.1 Vaccinations

Depuis 1981/82, le MSPAS a organisé des campagnes annuelles de vaccination pour immuniser les jeunes enfants contre la rougeole, la diphtérie, la tuberculose, la coqueluche, le tétanos et la polio. Toutefois, une évaluation récente du secteur sanitaire a mis en question l'importance accordée aux campagnes de vaccination qui se font au détriment du développement de capacités de vaccination régulière au niveau des postes de santé (Osmanski et al., 1991, xv). La politique actuelle privilégie l'intégration de tous les programmes verticaux au sein du système de soins de santé primaires.

Selon les données de HDS 1992/93, 64 pour cent des enfants ayant entre 12 et 23 mois ont des carnets de vaccinations, soit une progression de 24 pour cent seulement depuis l'époque de l'EDS 1986 (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 95). Quarante-neuf pour cent des enfants de 12 à 23 mois d'âge ont eu toutes les vaccinations requises. Ici aussi, les résultats sont très variables, selon le lieu de résidence (40 pour cent en milieu rural, contre 65 pour cent en ville), la région (33 pour cent dans le nord-est, contre 62 pour cent dans l'ouest), et le niveau d'éducation de la mère (44 pour cent pour celles qui ne sont jamais allées à l'école, contre 67 et 89 pour cent respectivement chez les mères qui ont une éducation primaire et secondaire ou au-delà), Malheureusement, l'EDS 1992/93 n'a pas recueilli de renseignements au sujet de la source (c'est-à-dire publique ou privée) des vaccinations.

4.3.2.2 Diarrhée

La diarrhée est la principale cause de mortalité et de morbidité chez les enfants d'âge pré-scolaire au Sénégal. Selon des données de l'EDS 1992/93, 21 pour cent des enfants de 0 à 4 ans avaient eu la diarrhée à un certain moment au cours de la période de deux semaines ayant précédé l'enquête (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 103). La prévalence rapportée a également varié en fonction de l'âge de l'enfant (33 pour cent chez les sujets de 6 à 23 mois, par opposition à 8 pour cent seulement chez les sujets de 48 à 59 mois), le lieu de résidence (23 pour cent en milieu rural, contre 15 pour cent en zone urbaine), et le niveau d'éducation des mères (22 pour cent chez les enfants dont les mères n'étaient jamais allées à l'école, par opposition à 17 chez les enfants dont les mères avaient une éducation primaire et 10 pour cent chez ceux dont les mères avaient une éducation secondaire ou universitaire).

La thérapie par réhydratation orale (TRO) est le traitement de choix pour la diarrhée. Chez les mères ayant répondu à l'EDS 1992/93, 45 pour cent avaient entendu parler des sels de réhydratation orale (SRO) et 31 pour cent ont déclaré qu'elles en avaient utilisés par le passé (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 104-105). Chez les enfants de 0 à 4 ans qui, selon les réponses, avaient souffert de diarrhées au cours des deux semaines précédentes, 23 pour cent avaient été amenés soit à une formation sanitaire, soit chez un médecin pour être soignés — 18 avaient reçu soit une préparation commerciale de SRO, soit une solution préparée à la maison. En plus, 42 pour cent des enfants avaient reçu des liquides supplémentaires durant la crise de diarrhée (mais 52 pour cent n'avaient reçu ni SRO, ni liquides supplémentaires); et 19 à 34 pour cent des enfants respectivement avaient également reçu un antibiotique ou un remède traditionnel. Encore une fois, les mères des zones urbaines et celles ayant un niveau d'éducation plus élevé que les mères des campagnes et n'ayant pas fréquenté l'école, plus vraisemblablement amèneraient leurs enfants à une formation sanitaire ou chez un médecin, leur administreraient des SRO, leur donneraient des liquides

supplémentaires et auraient moins recours à des remèdes traditionnels. Le **Tableau 4-4** montre qu'environ les trois cinquièmes des cas de diarrhée traités l'avaient été dans des établissements du secteur public; et que seulement environ un cinquième avait été traité dans le secteur privé (le cinquième restant avait été traité dans des établissements "autres" non spécifiés). En outre, dans les régions rurales, la plupart des patients du secteur privé avaient été soignés soit par des vendeurs de marché (5,9 pour cent), soit par des guérisseurs traditionnels (9,5 pour cent).

Une évaluation récente du secteur de la santé a conclu que la politique nationale de promotion des solutions de SRO faites à la maison, tout en fournissant en même temps des solutions pré-conditionnées par l'intermédiaire d'établissements sanitaires publics, créait la confusion chez les prestataires de soins comme chez les mères quant au traitement qui serait préférable, et avait entraîné des ruptures de stock fréquentes des produits pré-conditionnés (Osmanski et al., 1991, xv).

Les SRO ne sont pas actuellement disponibles dans les pharmacies privées. Elles sont distribuées par l'UNICEF par le biais du secteur public. Etant donné que les quantités fournies par l'UNICEF sont considérablement inférieures aux besoins estimés, il devrait y avoir des possibilités de marketing social des SRO par l'intermédiaire des pharmacies ou d'autres points de vente au détail (Osmanski et al., 1991, 45). Le **Tableau 4-5** récapitule la répartition des réponses, lors de l'EDS 1992-93, des mères d'enfants de moins de cinq ans quand on leur demandait où l'on pouvait obtenir des sels de réhydratation orale (SRO). Quatre-vingt pour cent des sources mentionnées appartenaient au secteur public, dans les zones urbaines comme en milieu rural.

TABLEAU 4-4
SOURCES DE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS
(pourcentage)

	Urbaine	Rurale
SECTEUR PUBLIC		
Hôpital public	11,1	2,2
Centre de santé	21,4	5,1
Poste de santé	27,8	45,1
Agent de santé communautaire	0,8	4,7
SOUS-TOTAL	61,1	57,1
SECTEUR PRIVE		
Clinique privée/hôpital	6,3	5,1
Pharmacie	2,4	0,4
Médecin privé	1,6	0,4
Infirmier/infirmière privé	3,2	0,4
Magasin/marché	0,0	6,9
Guérisseur traditionnel	7,1	9,5
SOUS-TOTAL	20,6	22,5
AUTRES	18,3	20,4
TOTAL	100,0	100,0
<p>Note: Les réponses font allusion à l'endroit où on s'est adressé pour des soins lors d'un épisode qui s'est produit durant les deux semaines précédentes. Dans certains cas, on s'est adressé à plus d'un type de prestataire.</p> <p>Source: EDS 1992/93 (tableaux non publiés)</p>		

TABLEAU 4-5 SELS DE REHYDRATATION ORALE: SOURCES MENTIONNEES PAR LES MERES (pourcentage)		
	Urbaine	Rurale
SECTEUR PUBLIC		
Hôpital public	19,5	6,2
Centre de santé	25,6	9,5
Poste de santé	29,6	65,2
Agent de santé communautaire	1,9	2,8
SOUS-TOTAL	76,6	83,7
SECTEUR PRIVE		
Clinique privée/hôpital	1,2	0,4
Pharmacie	9,6	5,1
Médecin privé	0,8	0,1
Infirmier/infirmière privé	9,5	6,6
Magasin/marché	0,1	1,2
Guérisseur traditionnel	0,0	0,0
SOUS-TOTAL	21,3	13,4
AUTRES	2,1	2,9
TOTAL	100,0	100,0
Note: Les réponses font allusion à l'endroit où on s'est adressé pour des soins lors d'un l'épisode qui s'est produit durant les deux semaines précédentes. Dans certains cas, on s'est adressé à plus d'un type de prestataire. Source: EDS 1992/93 (tableaux non publiés)		

4.3.2.3 Paludisme

L'EDS 1992/93 a demandé aux mères d'enfants de 0 à 5 ans d'âge si ceux-ci avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines précédentes, si elles avaient cherché à obtenir des soins, et le type de traitement obtenu. Il a été rapporté que 38 pour cent des enfants avaient eu de la fièvre au cours de la période de référence. Chez ces sujets, 31 pour cent avaient été traités soit par un médecin, soit dans une formation sanitaire (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 102). Les traitements les plus communément utilisés étaient les antipaludiques (22 pour cent), les antibiotiques (21 pour cent) et les remèdes traditionnels (10 pour cent). La tendance à vouloir obtenir un traitement était plus marquée chez les citadins que chez les habitants des campagnes (38 pour cent, contre 27 pour cent) et parmi les gens ayant fait des études (28 pour cent pour les enfants dont les mères n'étaient jamais allées à l'école, contre 42 et 48 pour cent respectivement pour les enfants dont les mères avaient fait des études primaires et secondaires ou universitaires). En outre, les mères des zones urbaines et celles ayant fait des études avaient

manifestement tendance à utiliser comme traitement des antipaludiques et des antibiotiques pour soigner leurs enfants, alors que les mères des campagnes et celles qui n'avaient pas fait d'études avaient davantage recours à des remèdes traditionnels.

Une évaluation récente du secteur sanitaire a conclu que la politique sénégalaise de traitement prophylactique du paludisme n'était pas conforme aux pratiques de traitement présomptif recommandées par l'OMS, que le programme de lutte contre le paludisme avait connu de nombreux problèmes logistiques, et qu'il avait peut-être même contribué à la prévalence grandissante des souches résistantes à la choloquine (Osmanski et al., 1991, 68-69).

4.3.2.4 Infections respiratoires

L'EDS 1992/93 demandait aux mères d'enfants de 0 à 5 ans si leur enfant avait eu une toux ou une respiration écourtée et rapide à un quelconque moment au cours des deux semaines précédentes et, dans un tel cas, si elles avaient cherché à obtenir des soins et quelle avait été la nature du traitement (Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, 100). Globalement, il a été rapporté que 14 pour cent des enfants avaient eu des symptômes d'une infection respiratoire durant la période de référence. Parmi les enfants présentant ces symptômes, 27 pour cent seulement avaient été soignés soit par un médecin, soit dans une formation sanitaire. Les traitements les plus communs étaient les antibiotiques (18 pour cent), les sirops pour la toux (20 pour cent) et les remèdes traditionnels (13 pour cent). Des différences ont été observées dans le pourcentage d'enfants malades qui avaient été soignés, selon l'endroit où ils habitaient (25 pour cent en milieu rural, contre 32 pour cent en zone urbaine) et le niveau d'éducation des mères (24 pour cent chez les mères n'ayant pas fréquenté l'école, contre 41 et 36 pour cent respectivement pour les mères ayant fait des études primaires, ou des études secondaires ou universitaires. Les antibiotiques et les sirops contre la toux étaient largement utilisés par les mères éduquées et celles des villes, tandis que les mères n'ayant pas fait d'études, et en milieu rural, employaient davantage des remèdes traditionnels.

Le *Tableau 4-6* fournit des données provenant de l'EDS 1992/93 qui indiquent où les enfants de moins de cinq ans ayant de la fièvre ou une toux avaient été amenés pour être soignés. Environ les deux tiers étaient allés dans des établissements du secteur public, dans les régions urbaines comme en milieu rural. Un cinquième seulement environ avait été traité par des prestataires du secteur privé, et plus de la moitié de ces prestataires étaient soit des vendeurs de marché soit des guérisseurs traditionnels en milieu rural.

4.3.2.5 SIDA/MST

Il n'y pas de données nationales fiables sur l'ampleur du problème des maladies sexuellement transmissibles (MST) au Sénégal (Osmanski et al., 1991, 15). Toutefois, le MSPAS estime que 20 pour cent de la totalité des consultations externes sont en rapport avec des MST et que 60 pour cent des cas de stérilité sont causés par des MST. La prévalence de la gonorrhée serait de l'ordre de 5 à 10 pour cent; de 1,2 pour cent pour la syphilis; et de 12 pour cent pour la chlamydia.

TABLEAU 4-6 SOURCES DE TRAITEMENT DE LA FIEVRE/TOUX CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS (pourcentage)		
	Urbaine	Rurale
SECTEUR PUBLIC		
Hôpital public	16,6	3,7
Centre de santé	25,8	8,7
Poste de santé	23,9	49,7
Agent de santé communautaire	2,0	3,7
SOUS-TOTAL	68,3	65,9
SECTEUR PRIVE		
Clinique privée/hôpital	11,0	4,9
Pharmacie	4,5	1,9
Médecin privé	0,6	0,6
Infirmier/infirmière privé	0,3	2,4
Magasin/marché	1,7	5,2
Guérisseur traditionnel	5,1	7,3
SOUS-TOTAL	23,0	22,3
AUTRES	8,7	11,8
TOTAL	100,0	100,0
Note: Les réponses font allusion à l'endroit où on s'est adressé pour des soins lors d'un l'épisode qui s'est produit durant les deux semaines précédentes. Dans certains cas, on s'est adressé à plus d'un type de prestataire. Source: EDS 1992/93 (tableaux non publiés)		

Fin 1989, 269 cas de SIDA avaient été rapportés (les 6 premiers cas avaient été enregistrés en 1986), et une progression rapide est prédite (Osmanski et al., 1991, 15). Pourtant, comme dans les autres pays africains, il est vraisemblable que l'incidence du SIDA est largement sous-rapportée. En partie pour remédier au problème grandissant du SIDA, les pouvoirs publics ont éliminé les taxes sur l'importation des condoms en 1990.

Un projet pilote de marketing social des condoms devait être mis en route en novembre 1994 (SOMARC, 1994, 6). Il se fera en deux étapes. Dans un premier temps, des condoms sous emballage seront vendus à tous les distributeurs en gros de produits pharmaceutiques qui les revendront ensuite à toutes les pharmacies, à tous les dépôts de médicaments et à tous les distributeurs du secteur public. On prévoit que la plupart des condoms seront utilisés comme moyen de prévention de maladies mais leur

utilisation sera également encouragée pour éviter les grossesses non désirées. Après une période de trois mois, une évaluation sera faite pour déterminer si, durant la deuxième étape, on peut étendre la distribution des condoms à des points de vente non habituels comme les bars, les hôtels et les boîtes de nuit. Selon le Projet de marketing social pour le changement (SOMARC, 1994, 5-6), qui lance le programme, le projet sénégalais de marketing social

"vise à aider le gouvernement du Sénégal à réaliser ses buts en matière de santé préventive et de démographie en:

- "1. Créant une demande pour les condoms par des efforts de relations publiques culturellement appropriés, et par une publicité de marque multimédias;
- "2. Encourageant une utilisation correcte des condoms par une formation du personnel pharmaceutique et de tous ceux qui interviennent dans la distribution et la vente;
- "3. Rendant une marque de condom de qualité facilement accessible et abordable aux consommateurs à faible revenu, par tous les circuits autorisés de distribution, en mettant l'accent sur l'introduction par l'intermédiaire le secteur privé;
- "4. Augmentant la prise de conscience du SIDA, la disponibilité et l'utilisation du condom parmi les groupes à risque;
- "5. développant un important marché pour les condoms par le secteur privé, ce qui déboucherait sur le remplacement éventuel des produits donnés par l'AID par des contraceptifs obtenus grâce à des filières commerciales."

4.4 COLLABORATION ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVE

Au Sénégal, le secteur public intervient de diverses manières qui affectent le secteur sanitaire privé. Ces mesures comprennent: 1) des subventions aux prestataires privés; 2) des taxes et des dispositions de contrôle des prix; 3) la fourniture directe et la réglementation des assurances-maladie; et 4) des restrictions sur la concurrence et autres formes de contrôle juridique et réglementaire:

4.4.1 Subventions

- ▲ Le MSPAS paie les salaires de certains employés qui travaillent dans les postes de santé catholiques et il fournit des vaccins pour l'immunisation des enfants. Les postes de santé catholiques collectent aussi et transmettent leurs statistiques de service au MSPAS. Il est intéressant de noter que les prestataires catholiques interrogés pour l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont mis en exergue le fardeau financier imposé par la récente dévaluation en ce qui concerne l'achat de médicaments. Ils demandent donc des subventions de l'Etat pour les médicaments. Plusieurs prestataires catholiques réclamaient également le détachement d'autres employés du MSPAS à des postes de santé catholiques.
- ▲ Les pouvoirs publics sénégalais subventionnent la formation des agents de santé, notamment des médecins, du personnel paramédical, des dentistes et des pharmaciens.

Les médecins, les dentistes et le personnel paramédical est tenu, à l'heure actuelle, de travailler pour l'Etat pour une période de cinq ans, une fois leurs études terminées, mais ils sont ensuite libres d'exercer soit dans le secteur public, soit dans le secteur privé. Ces dernières années, l'Etat n'a pas été en mesure d'offrir un emploi à de nombreux diplômés, et beaucoup d'entre eux se sont ensuite retrouvés au chômage. Dans ces conditions, il serait judicieux pour l'Etat de suspendre (ou du moins de réduire) les subsides accordés aux étudiants.

4.4.2 Taxes et contrôle des prix

- ▲ Le GS réglemente les marges de détail sur les produits pharmaceutiques (Dieng et Barlow, 1991, 64). A la suite de la dévaluation en 1994 du FCFA, le GS a suspendu toutes les taxes appliquées au secteur pharmaceutique. Du fait de cette mesure, ainsi que d'autres (à savoir des rabais de 10 pour cent sur les prix à la production, et des baisses respectivement de 4 et de 5 pour cent sur les marges autorisées au niveau du gros et du détail), les prix de détail des médicaments importés ont augmenté d'environ 49 pour cent seulement, et non de 100 pour cent comme on pouvait le prévoir au lendemain d'une dévaluation de 50 pour cent. La suspension par le GS de toutes les taxes est équivalente à une subvention au secteur pharmaceutique de 25 pour cent environ des prix de détail.
- ▲ Le GS (par le biais d'une Commission tripartite) réglemente les honoraires des spécialistes à des fins de remboursement par les IPM. Selon trois personnes ayant répondu à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé, ces honoraires n'ont pas été révisés depuis de nombreuses années.¹¹

4.4.3 Assurance

- ▲ Le GS rembourse les dépenses de santé des fonctionnaires. Cette politique renforce la demande pour des services de santé privés.
- ▲ Le GS exige que tous les salariés appartiennent à un IPM. Nombre des participants à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont indiqué que la majorité de leurs patients étaient assurés par un IPM (dans certains cas, 85 pour cent ou plus). Parallèlement à cela, ils se plaignaient des problèmes financiers des IPM et du fait que le marché de l'assurance se rétrécissait en raison des faillites de nombreuses compagnies.

4.4.4 Contrôles juridiques et réglementaires

- ▲ Le GS fait obligation à tous les gros employeurs (qui ont plus de 100 employés) de fournir des services médicaux à leur personnel. Quelques uns des enquêtés dans le cadre de l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont déclaré qu'ils avaient perdu des patients à cause de cette réglementation (car d'anciens patients avaient maintenant recours à des services disponibles au sein de l'entreprise).

¹¹ Ils datent en fait de février 1983 (Dieng et Barlow, 1991, 39)

- ▲ Le GS n'applique pas les restrictions juridiques sur le travail au noir des médecins du secteur public. Trois personnes interrogées lors de l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont déclaré que ce travail au noir constituait une concurrence déloyale de la part de prestataires qui n'avaient pas à payer d'impôts. D'ailleurs, le travail au noir ne se limiterait pas aux médecins. Une infirmière du secteur privé a accusé un consoeur du MSPAS d'amener des médicaments chez elle et de les revendre après ses heures de service.
- ▲ Le GS semble travailler en étroite collaboration avec les associations professionnelles (de médecins et de pharmaciens, par exemple) pour moduler l'approvisionnement du marché. Plusieurs participants à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont indiqué que l'Etat sénégalais ne donnait plus d'autorisations aux généralistes qui souhaiteraient ouvrir un cabinet dans le centre de Dakar. Comme mentionné plus haut, l'Etat sénégalais a toujours strictement respecté une distance minimum pour la création de nouvelles officines. Ces dispositions ont manifestement pour objectif de maintenir les revenus des praticiens établis, au prix de revenus moindres pour leurs concurrents potentiels. Elles tendent aussi à maintenir des prix plus élevés sur certains marchés. L'Etat sénégalais devrait réexaminer de manière critique son rôle dans la limitation de la concurrence sur les marchés des services privés de soins de santé.¹²
- ▲ Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, le GS est favorable à l'établissement de fonds de roulement pour les médicaments. Le distributeur des médicaments pour le secteur public (PNA) vend des médicaments à un prix réduit aux organisations de santé communautaire (c'est-à-dire les fonds de roulement des médicaments). En raison de toutes les difficultés qu'a connues la PNA, il conviendrait d'envisager l'ouverture de ce marché à la concurrence privée. Les deux pharmaciens interrogés pour l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont dit que l'Initiative de Bamako avait eu une incidence négative sur leurs affaires. Ils demandaient des subventions de l'Etat pour qu'il leur soit possible de vendre les médicaments essentiels au même prix que les fonds de roulement pour les médicaments des communautés.

¹² Toutefois, l'approche du GDS pour la réglementation du secteur sanitaire privé en limitant la concurrence est apparemment un aspect bien établi de sa stratégie de réglementation du secteur privé en général. Selon une récente évaluation du secteur privé par la Banque mondiale: "Les principales contraintes au développement des activités du secteur privé au Sénégal sont le fait de rigidités imposées par une structure économique tournée vers l'intérieur et très monopolistique qui s'est dégagée dans les années ayant fait suite à l'indépendance" (Banque mondiale, 1992, 14).

4.5 FACTEURS QUI AFFECTENT LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE

4.5.1 Environnement juridique et réglementaire

Cette évaluation met en évidence quelques domaines où pourrait exister un besoin de réformes juridiques et réglementaires:

- ▲ Le système d'évaluation à deux niveaux des contrôles des prix des médicaments, par lequel la marge maximum autorisée sur les "médicaments sociaux" est seulement un tiers de celle appliqué aux "médicaments normaux", limite sérieusement la marge bénéficiaire au détail sur ces produits, ce qui entraîne des ruptures de stock et n'incite guère les distributeurs à stocker le(s) produit(s).¹³ Si l'absence de taxes sur les médicaments sociaux ne suffit pas pour que les prix restent abordables, le fabricant/importateur devrait être subventionné pour faire baisser le prix de détail. La marge permise au détail sur les médicaments sociaux devrait probablement être plus élevée que sur les médicaments normaux.
- ▲ Actuellement, seules les pharmacies ont le droit de vendre des condoms. Cette restriction devrait être levée, et la vente de condoms devrait être autorisée dans divers types de points de vente au détail.
- ▲ Comme indiqué plus haut, le GS applique des restrictions d'implantation dans la délivrance de licences, en particulier aux médecins et aux pharmaciens. Bien que ces restrictions soient certainement justifiées dans le cadre d'une politique visant à éviter des concentrations excessives de médecins privés à Dakar et dans les autres grandes villes, elles n'ont manifestement pas réussi à encourager les médecins à s'implanter ailleurs (et il est vraisemblable qu'elles n'y parviendront pas). Plus vraisemblablement, elles servent essentiellement à maintenir les honoraires (et les revenus) de médecins établis à un niveau plus élevé qu'ils ne seraient autrement.
- ▲ Le GS réglemente les honoraires demandés par les spécialistes pour des remboursements par des IPS, et ces honoraires n'ont apparemment pas été révisés depuis qu'ils ont été fixés en 1983. S'ils sont maintenus, ils devraient probablement être indexés sur le coût de la vie. Bien que de telles mesures de contrôle des prix soient de toute évidence un pis-aller (des contrôles plus énergiques de la part des IPM par des réseaux de prestataires préférentiels ou d'organisations d'entretien de la santé — HMO — seraient préférables), elles reflètent sans doute les craintes du GS quant aux conséquences adverses que pourrait avoir l'assurance-santé privée sur la demande et le coût des soins de santé.

¹³ Les effets du système à deux niveaux sont exacerbés par le fait que le prix de gros (auquel s'ajoute la marge bénéficiaire) des médicaments sociaux représente seulement une fraction du prix de gros des médicaments normaux, de sorte que la marge absolue est même plus étroite que le suggéreraient les marges relatives.

4.5.2 Environnement financier

4.5.2.1 Concurrence du secteur public

Le système de distribution public des produits pharmaceutiques (PNA) est en concurrence avec les réseaux de distribution privés. Au fur et à mesure que l'Initiative de Bamako prendra de l'ampleur, les organisations de santé communautaires (OSC) seront en concurrence avec les pharmacies et les dépôts de médicaments privés, en particulier dans les zones urbaines. Comme indiqué précédemment, les pharmaciens interrogés pour l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont indiqué que la concurrence des OSC a déjà affecté négativement leurs ventes.

On pourrait penser que les contraceptifs fournis par les donateurs "évincent" du marché commercial mais, en longue période, il pourrait en être différemment. En augmentant l'utilisation globale des contraceptifs, les projets financés par les donateurs pourraient servir à élargir l'étendue du marché commercial dans son ensemble.

Enfin, il est important de souligner que, hormis les pharmaciens, la majorité des prestataires privés ne considèrent par le MSPAS comme un concurrent viable. Au contraire, 38 des 57 participants à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont exprimé l'idée que la qualité médiocre des services du MSPAS était la principale raison de la demande de services de santé privés. De même, on pourrait s'attendre à ce que l'amélioration de la qualité des soins du MSPAS ait une incidence négative sur le secteur privé.

4.5.2.2 Subventions de l'Etat

La formation médicale est fortement subventionnée par le secteur public qui fournit des bourses à la plupart des étudiants. Les médecins, les dentistes et le personnel paramédical nouvellement diplômés sont tenus de travailler cinq ans dans le secteur public, pour le remboursement partiel de ces subsides. Toutefois, de récentes compressions dans le recrutement des fonctionnaires ont entraîné une diminution de l'embauche et une accumulation de diplômés qui ne sont pas en mesure de remplir leur engagement à servir l'Etat (Osmanski et al., 1991, 24). Dans ces circonstances, les subsides devraient être réduits ou éliminés.

Une autre source possible de subventions de l'Etat au secteur privé tient au fait que les médecins du secteur public ont des activités privées à mi-temps (travail au noir). Est-ce que les patients de tels médecins bénéficient de services supplémentaires du secteur public? Est-ce que les médecins retirent des avantages de leur travail au service de l'Etat (accès au matériel, aux installations, à des patients) qui pourraient être considérés comme des subventions publiques? Quels avantages (le cas échéant) le secteur public tire-t-il de telles pratiques (coûts salariaux plus faibles, rétention de personnel de qualité, taux d'occupation plus élevés des hôpitaux publics)? Une étude de ces relations s'impose manifestement, surtout du fait des doléances exprimées lors de l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé au sujet de la concurrence déloyale qui va de pair avec ce travail au noir.

4.5.2.3 Assurance

La couverture de l'assurance-santé se limite actuellement à 10 pour cent de la population, pour l'essentiel aux habitants de Dakar. Néanmoins, cette couverture est un élément déterminant de la demande de services de santé privés à but lucratif, comme indiqué par les réponses des médecins lors de l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé. Le fait que la main-d'oeuvre salariée n'ait pas augmenté ces dernières années a limité la croissance de la couverture de l'assurance-maladie et, par là même, la demande pour le secteur sanitaire à but lucratif. Des réformes, en particulier du système des IPM, pourraient accroître considérablement la couverture en faisant appliquer l'obligation de couvrir tous les travailleurs salariés (seulement un quart le sont en ce moment). Le système des IPM devrait aussi être modifié pour établir des primes en fonction des pertes effectives, pour fournir une réassurance et pour empêcher les abus.

4.5.2.4 Accès au crédit

Vingt-cinq des 57 enquêtés (en particulier des spécialistes) dans le cadre de l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé se sont plaints de problèmes auxquels ils s'étaient heurtés pour essayer d'obtenir des fonds de démarrage. Lorsqu'ils y sont parvenu, ils se plaignaient souvent d'avoir à payer des taux d'intérêt élevés (20 pour cent dans un cas).¹⁴ Certains médecins ont mentionné des prêts qu'ils avaient pu obtenir par l'intermédiaire d'un programme de la Banque africaine de développement (Fonds de promotion économique) qui impliquait des démarches difficiles et longues. Etant donné que de nombreux médecins ont mentionné le crédit comme étant un obstacle, on peut penser qu'en facilitant l'accès à des fonds on pourrait inciter les médecins (en particulier ceux au chômage) à aller s'installer en dehors de Dakar. Une certaine partie du prêt pourrait être annulé sur la base du volume de soins préventifs fournis ultérieurement par le prestataire.

4.5.2.5 Fiscalité et droits d'importation

Pratiquement tous les participants à l'enquête HFS sur les prestataires privés se sont plaints des impôts élevés qu'ils avaient à payer et ils ont exprimé l'opinion qu'ils étaient traités par l'Etat, selon les termes de plusieurs d'entre eux, comme "des hommes d'affaires ordinaires". Il faut dire que le taux de l'impôt sur les sociétés est de 35 pour cent, et que le taux maximum de l'impôt sur les revenus des particuliers est de 50 pour cent (Banque mondiale, 1992a, 23). En outre, de 10 des 57 personnes interrogées (la plupart des spécialistes) ont déclaré que les droits d'importation élevés sur le matériel médical les avaient considérablement gênés dans leur installation. Ils ont dit que l'équipement acheté à

¹⁴ Cette remarque n'est pas surprenante, compte tenu des nombreuses difficultés de l'industrie bancaire sénégalaise. Selon un récent rapport de la Banque mondiale (1992, 28): "Diverses enquêtes privées réalisées ces dernières années auprès d'entrepreneurs du privé, ainsi que les conclusions d'une mission récente, ont souligné que le crédit (coût, accès et disponibilité) était l'une des principales contraintes à la croissance du secteur privé, en particulier pour les jeunes PME qui n'ont pas encore fait leurs preuves." La même étude note que des taux d'intérêt de 19 pour cent sont courants (lorsqu'on tient compte des frais spéciaux facturés par les banques).

Dakar coûtait trois fois plus cher que le même équipement en Europe.¹⁵ Un spécialiste a déclaré avoir passé 45 jours en Italie et en France pour acheter du matériel destiné à son cabinet et que, même après s'être employé pendant deux semaines à obtenir le dédouanement, son coût n'avait été qu'une fraction de ce qu'il aurait eu à payer pour le même matériel à Dakar. Le fait que les médecins considèrent la fiscalité comme un obstacle aussi important suggère que des concessions fiscales bien ciblées pourraient être utilisées comme instrument pour influencer sur les décisions de s'installer à tel ou tel endroit, ainsi que sur le pourcentage des activités du cabinet qui sera consacré à des soins préventifs. Une possibilité intéressante pourrait être d'accorder des avantages fiscaux aux groupes de médecins établissant une organisation de maintien de la santé.

4.5.2.6 Conditions socio-économiques

Quinze des 57 personnes ayant répondu à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont mentionné que la détérioration des conditions économiques, en particulier à la suite de la dévaluation, avait eu un impact négatif considérable sur leur cabinet et sur leurs affaires. Les patients n'avaient plus les moyens de payer leurs services, les IPM étaient insolvables, des sociétés fermaient, et les médicaments coûtaient beaucoup plus cher. Un sondé observait même que, étant donné la situation, certains malades se tournaient vers les praticiens traditionnels. Il est concevable que la situation économique actuelle au Sénégal ne permette même pas la survie du secteur sanitaire privé existant, ce qui compromettrait l'élargissement envisagé de son rôle pour la réalisation des objectifs de santé publique.

4.5.3 Prix et capacité à payer

Il est clair que les Sénégalais dépensent déjà une part considérable de leurs revenus pour des services de santé. ESP 1991/92 a collecté des données sur toutes les dépenses sanitaires au cours de la période de 30 jours ayant précédé l'entretien. Dans l'ensemble, les participants ont indiqué qu'ils avaient dépensé en moyenne 400 FCFA (4.800 FCFA sur une base annuelle, ou environ 18 dollars par habitant), 82 pour cent de ce montant étant allé à l'achat de médicaments. Toutefois, les populations rurales ont dépensé beaucoup moins que celles des régions urbaines (en moyenne 2.364 FCFA, contre 8.401 en zone urbaine), avec un pourcentage encore plus élevé allant aux médicaments (88 pour cent, contre 80 pour cent en milieu urbain). Les dépenses moyennes par visite étaient de 2.692 FCFA en zone urbaine et de 1.037 FCFA en milieu rural. La population urbaine représentait 71 pour cent du total des dépenses privées des ménages pour leur santé (Sadio, 1994, 38-40). Les différences de dépenses sanitaires entre les divers groupes de revenu étaient marquées, avec le quantile de revenu le plus élevé qui consacrait 15 fois plus par habitant (62 dollars) que le quintile de revenu inférieur (5 dollars) (Banque mondiale, 1994, 151).

Les prix dans le secteur privé varient considérablement au Sénégal, en fonction du type de prestataire. Selon l'enquête HFS des établissements du secteur privé (Bitran, Brewster et Ba, 1994, x), les établissements à but lucratif font payer jusqu'à 25 fois plus cher que les postes de santé catholiques. Les formations sanitaires d'entreprise ont tendance à facturer la moitié ce que demandent les prestataires à but

¹⁵ Cette affirmation est confirmée par un récent rapport de la Banque mondiale (1992, 22), qui donne l'exemple d'un produit textile de consommation importé qui était soumis à des taxes en cascade se montant à 217 pour cent de sa valeur caf.

lucratif. Tous les types de prestataires du secteur privé sont plus chers que le secteur public. Par exemple, les honoraires des postes de santé catholiques sont le double environ de ceux des centres et des postes de santé du MSPAS. Les honoraires pour les patients hospitalisés dans les cliniques à but lucratif sont de 10 à 20 fois supérieurs à la somme demandée dans les hôpitaux du MSPAS. L'ordonnance moyenne dans une pharmacie privée, reflétant un taux de marque de 100 pour cent par rapport au prix à la production (à l'époque) et l'utilisation généralisée de médicaments de marque, coûtait 3,170 FCFA en 1987 (Osmanski et al., 1991, 37). De toute évidence, les prix du secteur à but lucratif sont au-dessus des moyens de la plupart des Sénégalais. Selon les personnes ayant répondu à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé, la plupart des patients du secteur privé sont couverts par des IPM (jusqu'à 85 pour cent), les autres sont essentiellement des étrangers.

5.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1 CONTRIBUTIONS DU SECTEUR PRIVE AUX OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

La contribution que pourrait avoir le secteur privé dans la réalisation des objectifs de santé publique du Sénégal est limitée, tout du moins dans le court terme, pour les raisons suivantes:

- ▲ La plupart des établissements du secteur privé sont situées à Dakar ou dans ses environs, ainsi que dans quelques grandes villes (par exemple Saint-Louis et Thiès). En conséquence, la majorité des Sénégalais n'ont pas facilement accès au secteur privé.¹⁶ La principale exception est constituée par les postes de santé de l'Eglise catholique — la plupart de ces postes se trouvant en milieu rural;
- ▲ Les prix tendent à être très élevés dans le secteur commercial (à but lucratif), et c'est un obstacle qui en entrave l'utilisation, sauf pour une minorité relativement nantie. Dans certains cas, les incitations sont insuffisantes pour fournir des services de santé publique (tels que des soins préventifs, par des prestataires à but lucratif; et des médicaments de base, peu onéreux (médicaments génériques), dans le cas des pharmacies);
- ▲ Les prestataires privés (en particulier les médecins) ont tendance à offrir des soins curatifs, de préférence à préventifs, et ils sont aujourd'hui axés sur la prestation de services relativement chers à un segment étroit de la population;
- ▲ Les dimensions limitées de la main-d'oeuvre salariée sont une contrainte au développement de l'assurance tant privée que sociale, une source potentiellement importante de demande pour les services du secteur privé. Elles limitent également la taille de la population cible qui pourrait avoir droit à des services fournis au sein de l'entreprise par l'employeur (une forme d'assurance sociale);
- ▲ La conjoncture économique défavorable limite sérieusement la demande de services de santé privés à but lucratif et même, dans une certaine mesure, la demande de services fournis à un moindre coût par les prestataires à but non lucratif. En particulier, la récente dévaluation a eu un sérieux impact sur le niveau de vie de la clientèle habituelle du secteur sanitaire privé à but lucratif (à savoir les classes moyenne et supérieures).
- ▲ L'Eglise catholique est probablement la source privée la plus importante de services de santé publique au Sénégal; mais, en raison de ses principes religieux, elle est incapable de fournir certains types de services (par exemple des contraceptifs modernes). Cette situation limite donc les possibilités de contrats avec l'Eglise catholique pour qu'elle fournisse un large éventail de soins de santé primaires.

Malgré ces contraintes, l'urbanisation rapide qui continue au Sénégal, ainsi que le rôle de plus en plus essentiel des prestataires de soins privés en zone urbaine, soulignent la nécessité d'accroître le rôle du secteur privé dans les priorités de santé publique, en particulier dans les zones urbaines. Les efforts

¹⁶ Une considération toutefois importante pour le long terme est que la population urbaine croît pratiquement deux fois plus rapide que celle des campagnes.

pour attribuer une place plus importante au secteur privé devraient cibler deux domaines: 1) la distribution de produits de santé publique; et 2) la prestation de services de santé publique. Il est important que tous les projets qui épaulent la prestation de services du secteur privé soient soigneusement évalués en fonction de leur impact et leur efficacité par rapport à leur coût. Par exemple, il n'y a pas de raison d'investir dans la prestation privée de soins préventifs, si on n'obtient pas ainsi des niveaux d'utilisation généralement plus élevés ou une économie des ressources publiques. De même, il faudra faire en sorte que la prestation de services privés perdure lorsque prend fin l'assistance aux projets.

5.1.1 Distribution de produits de santé publique

Le secteur privé peut compenser un système de distribution public inefficace pour les contraceptifs, les SRO, des suppléments de fer et certains autres produits de santé publique. Le secteur privé pourrait, à terme, distribuer tous les contraceptifs oraux en zone urbaine (peut-être avec des subventions au départ) et prendre également la première place pour la distribution des condoms, des SRO et des suppléments de fer, dans les villes comme en milieu rural. Il y a aujourd'hui deux obstacles majeurs qui empêchent le secteur privé de jouer un rôle prééminent dans ces domaines: 1) les prix du secteur privé sont actuellement trop élevés; et 2) le système de distribution privé est trop limité du point de vue géographique. On peut faire baisser des prix unitaires élevés par un programme de marketing social qui augmente le volume des ventes. Les condoms sont un début encourageant. Le réseau existant de pharmacies est trop limité pour desservir les régions rurales. En conséquence, il faudra distribuer les articles de marketing social par d'autres types de points de vente (comme les bars, les hôtels). Bien que la vente de condoms ailleurs qu'en pharmacie soit toujours interdite, le programme envisagé de marketing social s'intéressera à cette question peu après le lancement de son produit. Le marché commercial des contraceptifs devrait connaître une expansion spectaculaire à terme, en partie du fait d'activités du programme du secteur public qui créent une demande.

Il pourrait être particulièrement important de formuler des plans pour un marketing social des SRO pour lesquels existe déjà une solide demande. A l'heure actuelle, les SRO sont disponibles uniquement auprès d'établissements publics grâce à des dons de l'UNICEF; mais le secteur public n'a pas réussi à maintenir un approvisionnement adéquat en SRO au niveau des formations sanitaires. Le marketing social des SRO peut assurer au consommateur un approvisionnement régulier, à un prix abordable. Les programmes de marketing social ont aussi démontré qu'ils peuvent promouvoir une utilisation correcte des SRO et d'autres produits de santé par une information, éducation et communication (IEC) soigneusement ciblée.

5.1.2 Prestation de services de santé publique

Le secteur à but lucratif serait susceptible de jouer un rôle important dans la prestation de services de santé publique, en particulier dans les régions urbaines. Les principaux obstacles à la fourniture de services de santé publique par des prestataires à but lucratif sont: 1) leurs services sont trop chers; 2) ils sont concentrés sur Dakar et les environs; et 3) leurs motivations et leur expérience en matière de prestation de services préventifs sont limitées. On pourrait éventuellement, en particulier dans les zones urbaines, utiliser un système de bons pour subventionner la prestation de soins préventifs par des prestataires à but lucratif. Le GS pourrait être en mesure de négocier des prix favorables pour un plus

grand volume de services, comme cela s'est fait avec succès dans un certain nombre de programmes de marketing social. Les médecins au chômage pourraient bénéficier d'un accès favorable au crédit pour ouvrir un cabinet, avec une remise de dette échelonnée qui serait liée à la prestation de services préventifs.¹⁷ Malgré tout, il faudra fournir une formation et d'autres formes d'assistance (tenue des registres, IEC, assurance de la qualité, par exemple) au secteur privé, étant donné son manque d'expérience de certains types de soins préventifs. Il se peut aussi que les médecins privés aient à essayer des modes de prestation de services qui prennent moins de leur temps (confier, par exemple, davantage de tâches au personnel paramédical).

Les secteurs à but non lucratif et traditionnels peuvent jouer un rôle crucial dans la prestation de services de santé publique en milieu rural. Après une évaluation attentive, il pourrait être souhaitable d'accorder des subventions publiques supplémentaires à certains prestataires à but non lucratif. Les prestataires traditionnels exigeront une certaine mesure de formation, de réglementation et de supervision; mais ils pourraient éventuellement contribuer utilement à motiver les populations rurales pour qu'elles suivent des principes de santé sains.

5.2 AMELIORER LA COLLABORATION ENTRE LES SECTEURS PUBLICS ET PRIVES

5.2.1 Amélioration de la coordination

Etant donné les ressources très limitées du système sanitaire sénégalais, il est important que les ressources tant publiques que privées soient utilisées de manière à se compléter et non à faire doublon. Par exemple, dans les régions où les gros employeurs fournissent des services à leurs employés et à leur famille, il peut être rentable et équitable pour l'Etat de subventionner des services fournis au reste de la population qui vit dans la zones desservie par l'établissement, plutôt que d'investir dans un établissement public séparé. De même, le MSPAS devrait prendre en considération l'emplacement des prestataires et les établissements privés lorsqu'il envisage ses propres investissements. L'inclusion du secteur privé dans les statistiques sanitaires nationales et la tenue de réunions régulières avec les représentants des grandes organisations du secteur privé (par exemple une commission sanitaire mixte — public/privé) contribueraient considérablement à une meilleure coordination et une compréhension mutuelle des objectifs. Il est intéressant de noter que plusieurs des personnes ayant répondu à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé désiraient une collaboration et une communication meilleures entre les secteurs public et privé.

¹⁷ Les bons pour les soins de santé pourraient être établis par les autorités locales au profit d'indigents. Le bon inclurait le nom de la personne l'utilisant, ainsi que les services apportés (à remplir par le prestataire), et il serait soumis par le médecin privé aux pouvoirs publics aux fins de remboursement (l'autorité locale qui émettrait le bon devrait aussi participer aux coûts pour qu'elle soit incitée à éviter qu'il n'y ait pas d'abus.) En plus des bons pour les indigents, les prestataires privés auraient aussi à soumettre des formulaires indiquant tous les services de santé publique qu'ils fournissent; et, en fonction du volume de ces soins qui serait fourni (indigent + non indigents), une part de leur prêt d'installation serait annulée. Ce système pourrait également servir de point de départ pour un mécanisme de compte rendu des soins de santé publique fournis par les médecins privés (un tel mécanisme n'existe pas à l'heure actuelle).

5.2.2 Collaboration avec les prestataires d'ONG

Il y a déjà une certaine collaboration effective entre le MSPAS et les prestataires à but non lucratif, par exemple le détachement d'employés du MSPAS auprès de postes de santé catholiques. Etant donné qu'il semble y avoir du personnel en surnombre dans certains établissements du MSPAS et que certaines ONG (comme les postes de santé catholiques) obtiennent actuellement des niveaux comparativement élevés de productivité de leur personnel), le MSPAS devrait envisager de mettre davantage de ses employés à la disposition d'établissements d'ONG. Le MSPAS devrait également envisager d'inclure des prestataires d'ONG dans la formation et d'autres activités visant à améliorer la qualité des soins, puisque ces deux catégories de prestataires n'ont pas enregistré d'aussi bons résultats en ce qui concerne les indicateurs de qualité que le secteur à but lucratif dans le cadre des enquêtes HFS sur les établissements publics et privés.¹⁸

5.2.3 Collaboration avec les guérisseurs traditionnels

On a essayé dans un certain nombre de projets (comme le projet Pikine) d'intégrer les agents de santé traditionnels au système de soins modernes. Du fait du vaste réseau d'agents de santé traditionnels au Sénégal, et du fait qu'un pourcentage important de la population n'a pas directement accès à des services modernes, des tentatives plus systématiques devraient être faites pour former des agents de santé traditionnels et pour développer de bonnes relations de travail entre ceux-ci et le personnels du MSPAS. Il faudrait mettre en place un système de référence entre les deux différents systèmes de soins de santé, comme cela s'est fait avec succès dans d'autres contextes (Hoff, 1992).

Etant donné que l'ensemble de la population a accès à des guérisseurs traditionnels, que ces guérisseurs semblent avoir la confiance de la plupart des villageois, et qu'ils sont souvent très désireux d'être intégrés aux priorités nationales de santé, ils présentent des possibilités considérables en tant d'agents de changement dans les régions rurales. On a suggéré qu'ils pourraient être particulièrement utiles en ce qui concerne la lutte contre le tétanos néonatal, la planification familiale et l'éducation en matière de SIDA (Finch, 1992). En ce sens, parmi les groupes du secteur privés, ils seraient peut-être les mieux à même de contribuer de manière significative aux priorités nationales de santé, en particulier pour les populations rurales.

Il est intéressant de noter que 22 des 57 personnes ayant répondu à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont exprimé des vues généralement favorables aux guérisseurs traditionnels. Seulement 8 des enquêtés ont émis un avis négatif, les autres exprimant un avis mitigé, ou pas d'avis du tout. L'objection la plus courante était que les guérisseurs traditionnels n'utilisaient pas les doses standard et ne maintenaient pas un environnement stérile. Il vaudrait peut-être la peine, du moins à titre d'essai, d'élaborer un projet conjoint qui associe des prestataires modernes à but lucratif et des guérisseurs traditionnels.

¹⁸ Il est important de noter que la comparabilité observée se limite au respect par les prestataires de certains standards de traitement (par exemple, le prestataire se lave-t-il les mains entre deux patients?) Le secteur privé fournit manifestement des services de meilleure qualité avec un dosage mieux équilibré d'intrants (c'est-à-dire moins d'intrants en personnel, davantage de médicaments et de fournitures).

5.2.4 Collaboration avec les pharmacies et le secteur pharmaceutique

Le système privé de production et de distribution des produits pharmaceutiques semble fonctionner de manière fort satisfaisante au Sénégal. Mais il a aussi certaines faiblesses, notamment: 1) des prix élevés; 2) une couverture géographique limitée; et 3) il est orienté vers des médicaments spécialisés. A l'opposé, le système public de distribution des produits pharmaceutiques (PNA) n'enregistre pas de bons résultats. A l'heure actuelle, la PNA a le monopole de la fourniture des médicaments au secteur public et aux fonds communautaires de médicaments. Ce marché pourrait être ouvert à la concurrence privée.

Il faudrait faire en sorte que les fonds de roulement des médicaments, sous l'égide du MSPAS, ne fassent pas une concurrence déloyale aux pharmacies privées et aux dépôts de médicaments. Dans les régions où la population a facilement accès à des revendeurs privés de médicaments qui acceptent de stocker une gamme étendue de médicaments de base (dont des contraceptifs et des SRO) et de les vendre pour un prix raisonnable (éventuellement subventionné), il n'est peut-être pas nécessaire que le MSPAS soutienne des fonds communautaires de médicaments. Par ailleurs, il conviendrait peut-être d'éliminer les taxes et les droits sur les médicaments de base et peu onéreux (génériques), de sorte que les prix de détail restent concurrentiels par rapport à ceux des fonds communautaires de médicaments (sans leur être nécessairement égaux). Il est désirable de maintenir l'option de faire remplir les ordonnances en pharmacie car c'est le seul moyen pour le consommateur d'avoir accès aux conseils d'un pharmacien. Comme l'a fait remarquer l'un des pharmaciens qui a participé à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé, les clients pauvres n'ont souvent pas les moyens de se procurer tous les médicaments prescrits par un fournisseur de soins. Leur réaction initiale est d'acheter seulement les médicaments qui ne coûtent pas cher. Le pharmacien est en mesure de les conseiller quant aux médicaments (par exemple un antibiotique) qui sont les plus importants.¹⁹

Actuellement, il y a deux catégories de médicaments distribués par les pharmacies, les médicaments normaux et les médicaments sociaux. Le GS permet un taux de marque de 28 pour cent sur les premiers et de 9 pour cent sur les seconds, et il a aboli toutes les taxes et tous les droits qui étaient imposés sur ces deux catégories (pour minimiser les effets de la récente dévaluation du FCFA). Théoriquement, le but est de maintenir à un faible niveau le prix des médicaments sociaux, de sorte que les consommateurs ayant des revenus très modestes puissent les acheter. Toutefois, cette tarification à deux niveaux fait que les pharmacies sont moins incitées à stocker les médicaments sociaux, avec pour conséquence des ruptures de stock fréquentes (Banque mondiale, 1992b, 30). Les pharmaciens ont exercé des pressions pour que soit éliminé le système à deux niveaux. Il pourrait être plus judicieux de rétablir les taxes et les droits sur les médicaments normaux, tout en continuant d'exempter les médicaments sociaux, en permettant simultanément aux pharmacies d'appliquer un taux de marque de 26 pour cent sur les deux.²⁰

¹⁹ Le meilleur moyen d'éviter ce problème consisterait à employer des protocoles de traitement améliorés qui élimineraient les médicaments superflus.

²⁰ Il pourrait même être judicieux d'augmenter le taux de marque davantage sur les médicaments sociaux que sur les médicaments normaux, étant donné que les premiers sont bien moins chers que les seconds (ce qui égaliserait les marges absolues). Les médicaments sociaux exigent autant de service et de place en rayon que les médicaments normaux. A longue échéance, il conviendra d'abolir l'utilisation de tous les contrôles des prix,

Le marketing social pourrait être utilisé pour profiter du système de distribution privé des médicaments afin de fournir et de promouvoir des produits de santé essentiels (tels les contraceptifs et les SRO) à des prix que tous (les indigents mis à part) pourraient payer. Dans certains cas (comme les condoms), étant donné les limites géographiques du système de vente au détail des médicaments, il se pourrait qu'il faille dépasser le niveau des pharmacies et des dépôts de médicaments pour parvenir à d'autres circuits de distribution (par exemple les bars et les hôtels).

5.2.5 La clientèle privée des médecins du secteur public en dehors des heures de service

Un certain nombre de médecins du secteur privé ont apparemment une clientèle privée après leur service normal. Bien qu'il y ait des règlements contre le "travail au noir", les pouvoirs publics ne les appliquent pas. Cette pratique pourrait apporter certains avantages au secteur public. Premièrement, on pourrait peut-être retenir davantage de personnel de qualité sans avoir à verser des salaires plus élevés, si ce personnel est en mesure d'arrondir ses fins de mois grâce à une clientèle privée. Deuxièmement, une clientèle privée peut permettre de détourner du secteur public, subventionné, des patients ayant des revenus plus élevés — d'où une meilleure concentration de crédits publics limités sur les gens qui en ont vraiment besoin. Troisièmement, les clientèles privées peuvent générer une demande supplémentaire sous forme de clients payants, dans des hôpitaux publics sous-utilisés. Pour ces raisons, il serait souhaitable que le MSPAS appuie le principe que certains de ses prestataires salariés — voire même tous — puissent avoir une clientèle privée, à mi-temps. Parallèlement à cela toutefois, il est important pour le MSPAS de se prémunir contre certains abus, à savoir notamment: 1) que les médecins fonctionnaires limitent leurs services aux clients afin d'accroître la demande pour leurs services à titre privé; 2) que les médecins publics ne remplissent pas leurs obligations de travail envers le secteur public; 3) que les patients du privé bénéficient d'un accès préférentiel aux ressources limitées du secteur public, de sorte que les riches absorbent une part plus grande des subventions de santé du secteur public.

5.3 ENCOURAGER LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE

5.3.1 Fournir un environnement favorable

Le MSPAS pourrait manifestement bénéficier d'une participation plus importante du secteur privé au système de santé publique du pays. Pour ce faire, le MSPAS voudra peut-être déterminer quelle pourrait être la contribution du secteur privé et mettre au point des plans stratégiques qui explicitent le rôle du secteur privé. Le MSPAS doit également fournir un environnement réglementaire stable pour éliminer autant d'incertitude que possible pour les milieux d'affaires (Banque mondiale, 1992a, iv). Le MSPAS devrait également maintenir un dialogue continu avec les prestataires du privé, les assureurs, les fabricants et les distributeurs de produits pharmaceutiques afin de nouer progressivement des relations

mais cela exigera davantage de concurrence entre les pharmacies de détail qui existent actuellement (en partie à cause des restrictions que le MSPAS impose pour l'implantation de nouvelles officines).

de travail étroites.²¹ En particulier, le GS devrait travailler en étroite collaboration avec les organisations médicales professionnelles (comme le Conseil de l'ordre des médecins) pour promouvoir une approche s'inspirant davantage de la santé publique pour les questions ayant trait au secteur sanitaire, et pour identifier des moyens qui permettraient de voir comment le personnel du secteur sanitaire privé pourrait contribuer à faciliter l'accès aux soins des populations mal desservies. Le GS devrait élaborer une approche plus large de la réglementation du secteur privé, plutôt que de restreindre simplement la concurrence.

Peut-être plus important encore, les politiques macroéconomiques suivies par le GS faciliteront ou freineront la croissance et le développement du secteur sanitaire public. Les résultats obtenus dans d'autres pays ont démontré que le secteur sanitaire privé prospère quand la croissance et le développement économiques sont forts. Dans ces conditions, la demande de la population en matière de santé tend à progresser plus vite que le gouvernement ne peut y répondre, ce qui crée un marché favorable aux services privés. A l'opposé, la récente dévaluation du FCFA a eu un effet très négatif sur le secteur sanitaire privé parce que, d'une part, le coût des intrants importés (médicaments, fournitures et équipement) a pratiquement doublé et que, d'autre part, le revenu disponible de la population s'est contracté.²² Du côté positif, la privatisation d'entreprises parapubliques dans certains secteurs devrait atténuer le poids qui a été imposé aux marchés financiers, ce qui rendra le crédit plus accessible aux prestataires privés de soins pour leur permettre de s'établir à leur compte ou de s'agrandir.

5.3.2 Stimuler le développement de l'assurance-maladie

Le deuxième élément essentiel du développement du secteur sanitaire privé, après la croissance économique, c'est probablement l'élargissement de la couverture de l'assurance-santé. A l'heure actuelle, l'assurance-santé est très limitée au Sénégal. Bien que le GS exige que tous les salariés appartiennent à un IPM, cette obligation n'est pas imposée rigoureusement. Au contraire, environ un quart seulement des salariés sont aujourd'hui affiliés à un IPM. Qui plus est, la plupart des IPM ont des difficultés à faire face à leurs diverses obligations financières. Le GS devrait prendre des mesures pour améliorer le respect de ses lois en matière d'assurance et il devrait réformer les IPM notamment en:

- ▲ instituant un système de réassurance pour atténuer les effets des pertes catastrophiques que subissent certains IPM;
- ▲ exigeant que les primes soient suffisantes pour couvrir les pertes anticipées (en fonction des pertes enregistrées par le passé) et que les IPM fassent davantage appel à des copaiements et autres méthodes pour contrôler l'utilisation (les primes sont actuellement fixées à 6 pour cent des salaires, avec des dérogations accordées à certains employés ayant des salaires élevés);
- ▲ prenant des mesures pour éliminer les abus commis par des membres d'IPM (certains prêtent leur carte à des parents ou à des amis qui ne sont pas couverts).

²¹ Comme le recommande une récente évaluation du secteur privé par la Banque mondiale (1992, iv): "Des discussions régulières et ouvertes entre les pouvoirs publics et le secteur privé contribueraient aussi à atténuer certaines des incertitudes qui existent dans le climat général des affaires."

²² Le point important n'est pas tant la dévaluation proprement dite mais plutôt le fait qu'il faudra éviter à l'avenir le genre de politiques macroéconomiques qui sont peut-être à l'origine de cette dévaluation.

Apparemment, le GS envisage un ou plusieurs mécanismes pilotes d'assurance-maladie, en combinant un mécanisme d'assurance à base communautaire avec un hôpital autonome. Le plan d'assurance indemniserait les membres pour les séjours à l'hôpital jusqu'à une certaine durée (par exemple quinze jours). L'appartenance au plan d'assurance se ferait sur une base volontaire. L'objectif du mécanisme serait semble-t-il de garantir à la communauté un accès continu à des soins hospitaliers lors d'une transition vers une autonomie des hôpitaux et vers le recouvrement total des coûts. Il serait souhaitable que les concepteurs d'un tel projet envisagent les considérations suivantes:

- ▲ Les mécanismes d'assurance volontaire n'ont pas très bien fonctionné car les personnes en mauvaise santé ont tendance à rester en dehors des plans (problème de la "sélectivité"). C'est pour cette raison que la plupart des mécanismes d'assurance préfèrent travailler avec des groupes de risque existant (comme tous les employés d'une entreprise donnée) et demander à toutes les personnes de ce groupe d'adhérer au plan.
- ▲ Il y aura tendance, si rien n'est fait pour l'éviter, à ce que toutes les personnes assurées utilisent davantage les soins hospitaliers que celles sans assurance (le "hasard moral"). Il peut en résulter des inégalités d'utilisation entre ceux qui sont assurés et ceux qui ne le sont pas, et elle fait également monter progressivement le coût de l'assurance. Les copaiements et les franchises sont utilisés dans certains pays pour maîtriser l'utilisation, avec des résultats mitigés.
- ▲ Fournir une couverture hospitalière peut entraîner un déplacement de services externes moins chers (mais non couverts) vers des services hospitaliers plus onéreux (mais couverts).

Nombre des effets discutés ci-dessus ont été observés en liaison avec des assurances hospitalières dans plusieurs pays en développement. Pour un examen partiel des données existantes, se référer à Barnum et Kutzin (1993, 229-254).

5.3.3 Promouvoir le recouvrement des coûts

Le recouvrement des coûts, à l'heure actuelle, n'est appliqué que très modestement dans les hôpitaux du MSPAS, avec des dérogations accordées à de nombreux groupes (comme les fonctionnaires), et avec des méthodes très laxistes de détermination des revenus. Si les redevances étaient augmentées et appliquées à tous, si les dérogations étaient supprimées, et si des méthodes de détermination des moyens financiers étaient utilisées pour identifier les indigents (et peut-être les personnes quasiment sans moyens qui paieraient un pourcentage de la redevance), cela aurait un effet stimulant puissant pour l'assurance-maladie et faciliterait les choses pour les prestataires privés qui ne seraient plus en concurrence avec les services gratuits du secteur public. Le renforcement du recouvrement des coûts hospitaliers aurait d'autres avantages, notamment: 1) le système d'aiguillage serait renforcé par l'introduction de signaux de prix appropriés; 2) les recettes complémentaires pourraient être utilisées pour améliorer la qualité des services hospitaliers, peut-être en accordant une plus grande autonomie aux hôpitaux publics; et 3) les subventions publiques se concentreraient plus efficacement sur les personnes dans le besoin.

Comme indiqué, il semble que le MSPAS envisage de tester une approche pilote pour une autonomie financière des hôpitaux en liaison avec une initiative d'assurance de santé à base communautaire.

5.3.4 Subventionner la prestation privée de services de santé préventifs

Les prestataires à but lucratif et les pharmacies (c'est-à-dire le secteur commercial) ne s'intéressent guère pour le moment, d'un point de vue financier, à la prestation de services de santé publique. Par exemple, peu de dispensaires médicaux à but lucratif fournissent des soins préventifs autres que les vaccinations; et les pharmacies ne stockent pas régulièrement nombre de produits préventifs à faible marge bénéficiaire (notamment les SRO). En dépit de cela, de nombreux habitants des villes (une proportion de plus en plus importante de la population) s'adressent actuellement au secteur privé pour la plupart de leurs services de soins curatifs; et le secteur public a bien du mal à maintenir des stocks convenables de ces articles dans ses propres établissements. Dans ces conditions, le GS devrait au moins envisager s'il conviendrait d'accorder des subventions. Comme indiqué plus haut, un système de bons pourrait être introduit à titre d'essai. Une mesure plus modeste consisterait à donner à des médecins privés accès à des produits subventionnés de santé publique (tels les contraceptifs et les vaccins), à une formation et à d'autres formes d'assistance. Dans le cas des pharmacies, on pourrait envisager de supprimer les taxes et droits sur certains articles de santé publique, de subventionner les producteurs (pour maintenir les prix suffisamment bas afin de générer une demande suffisante) et, si nécessaire, de permettre des taux de marque plus élevés que ceux des autres médicaments (pour inciter les pharmaciens à stocker des articles peu onéreux).

Le GS pourrait aussi exiger que tous les plans d'assurance privés et sociaux comprennent une couverture pour les services de santé préventive.

5.3.5 Rendre le crédit plus accessible

Les médecins qui ont répondu à l'enquête HFS sur les prestataires du secteur privé ont indiqué qu'ils avaient rencontré de sérieux problèmes pour obtenir des capitaux de démarrage. Des programmes de crédit simplifiés devraient être offerts aux prestataires privés pour monter leur cabinet, avec des conditions particulièrement favorables pour ceux qui seraient disposés à s'établir dans des régions mal desservies. Les prêts pourraient être partiellement annulés dans la mesure où les médecins fourniraient des services préventifs.

5.3.6 Examiner les taxes et les droits d'importation

Il est difficile de formuler des arguments convaincants pour une baisse soit des impôts, soit des droits d'importation auxquels se trouvent confrontés la plupart des praticiens du secteur médical privé. Un aspect majeur des récentes réformes macroéconomiques a été l'élimination de systèmes complexes d'exemption et de cas particuliers, et son remplacement par des systèmes de taxes et de droits d'importation simples et uniformes. Toutefois, étant donné l'importance que les médecins attachent à ces considérations, on pourrait envisager d'utiliser des exemptions d'impôts et de droits d'importation pour encourager une plus grande participation des médecins du secteur privé à des activités de santé publique. A titre d'exemple, on pourrait accorder des concessions fiscales aux médecins disposés à s'installer dans des régions mal desservies, ou permettre à la fois des concessions fiscales et des droits d'importation réduits aux médecins qui créent une organisation de maintien de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Ba, Bineta. Trip Report to Senegal (26 avril - 12 mai 1994). Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD.
- Baldé, Sékou et Claude Sterck. 1994. Traditional Healers in Casamance, Senegal. *World Health Forum* 15:390-92.
- Banque mondiale. 1991. Staff Appraisal Report: Republic of Senegal Human Resources Development Project. Report No 9180-SE, Division opérations population et ressources humaines, Département Sahel, Région Afrique. Washington, D.C.: Banque mondiale (12 mars).
- Banque mondiale. 1992a. Senegal: Private Sector Assessment. Région Afrique, Département Sahel, Division industrie et énergie (9 octobre).
- Banque mondiale. 1992b. Senegal: Issues in Health Care Financing. Report No. 11059-SE. Division opérations population et ressources humaines, Département Sahel, Région Afrique. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- Banque mondiale. 1993a. *Senegal: Macroeconomic Update Report*. Report No. 11041-SE (4 juin 1993). Région Afrique, Département Sahel, Division opérations pays. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- Banque mondiale. 1993b. *Senegal: Public Expenditure Review*. Région Afrique, Département Sahel, Division opérations pays. Washington, DC: Banque mondiale.
- Banque mondiale. 1994. *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned*. Washington, DC: Banque mondiale.
- Barlow, Robin, François Diop et Ngone Toure Sene. 1991. A Synthesis of Studies on Health Finance in Senegal. Rapport non publié. Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates, Bethesda, MD (septembre).
- Barnum, Howard et Joseph Kutzin. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Bennett, Sara. 1992. Promoting the Private Sector: A Review of Developing Country Trends. *Health Policy and Planning* 7(2):97-110.
- Bitran, Ricardo, Steven Brewster et Bineta Ba. 1994a. Costs, Financing, and Efficiency of Health Providers in Senegal: A Comparative Analysis of Public and Private Providers. Major Applied Research No. 11. Health Financing and Sustainability Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD (juillet).

- 1994b. Costs, Financing, and Efficiency of Government Health Facilities in Senegal. Major Applied Research No. 10, Health Financing and Sustainability Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD (août).
- COPHASE. 1994. Etat du secteur pharmaceutique: Point de vue de répartiteur. Note non publiée, fournie par le Projet SOMARC, Dakar, Sénégal (août).
- Dieng, Alpha et Robin Barlow. 1991. The Legal Framework of Health Care Financing in Senegal. Compte rendu non publié, Health Financing and Sustainability (HFS) Project, Abt Associates Inc., Bethesda, MD (septembre).
- Du Moulin, Jérôme et Arthur Lagacé. 1990. Economic and Financial Aspects of Health Services in Senegal. Annexe B dans Osmanski et al., *Senegal Health and Population Sector Assessment*. Report No. 90-082-117 (18 juin 1991). Population Technical Assistance Project, DUAL & Associates, Inc., Arlington, VA.
- Fassin, Didier. 1988. *Thérapeutes et malades dans la ville africaine: Rapports sociaux, urbanisation et santé à Pikine, banlieue de Dakar*. Thèse de sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (29 janvier).
- Finch, Charles S. 1992. Enquête sur la connaissance, les attitudes et les pratiques des guérisseurs traditionnels à Fatick, Sénégal. Rapport final, USAID Grant 685-OL81-G-00-1254-00. Atlanta, GA (3 décembre).
- Griffin, Charles C. 1989. Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector. Discussion Paper Number 4. Société financière internationale. Washington, DC: Banque mondiale.
- Hoff, Wilbur. 1992. Traditional Healers and Community Health. *World Health Forum* 13:182-87.
- Ministère de la Santé publique. 1989. *Déclaration de la politique nationale de santé*. Dakar: République du Sénégal (juin).
- National Academy of Sciences. 1989. *Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World*. Comité sur la population. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Ndiaye, Jean-Michel. Decentralization of Health Services in Senegal. Pp. 106-13 dans Anne Mills, J. Patrick Vaughan, Duane L. Smith et Iraj Tabibzadeh, dir. de pub. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Ndiaye, Salif, Papa Demba Diouf et Mohamed Ayad. 1994. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-II) 1992/93*. Calverton, MD: Macro International Inc.

- Osmanski, Richard, Jerome DuMoulin, Nancy Harris, Carolyn Hart, Patrick Kelly, Art Lagace, Sheila Maher et Barbara Pillsbury. 1991. *Senegal Health and Population Sector Assessment*. Report No. 90-082-117 (18 juin 1991). Population Technical Assistance Project, DUAL & Associates, Inc., Arlington, VA.
- Perrot J. (avec le concours de J. Bourdon et de F. Orivel). 1994. La santé dans les pays de la zone franc face à la dévaluation du FCFA. Rapport non publié. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Pillsbury, Barbara. 1990. Socio-cultural Factors Influencing the Delivery and Use of Health and Family Planning Services in Senegal (with Special Attention to Women's Health). Document de référence préparé pour l'évaluation du secteur sanitaire du Sénégal, Agence des Etats-Unis pour le développement international, Dakar (août).
- Sadio, Abdoulaye. 1994. Utilisation et demande de services de santé au Sénégal. Projet de rapport. Projet HFS. Abt Associates Inc., Bethesda, MD.
- SOMARC (Social Marketing for Change Project). 1994. Senegal Project Strategy. The Futures Group, Washington, DC.
- Tinker, Anne et Marjorie A. Koblinsky. 1993. *Making Motherhood Safe*. World Bank Discussion Papers. Washington, D.C.: Banque mondiale.
- Unger, J.-P., P. Daveloose, A. Ba, N.N. Toure-Sene et P. Mercenier. 1989. Senegal Moves Nearer the Goals of Alma-Ata. *World Health Forum* 10:456-63.
- Unger, J.-P., Amadou Mbaye et Moussa Diao. 1990. From Bamako to Kolda: A Case Study of Medicines and the Financing of District Health Services. *Health Policy and Planning* 5(4):367-77.
- Vogel, Ronald J. et Betsy Stephens. 1989. Availability of Pharmaceuticals in Sub-Saharan Africa: Roles of the Public, Private and Church Mission Sectors. *Social Science and Medicine* 29(4):479-86.
- Watt, Margaret. 1993. Report on MIS Consultancy and Final Report. PRITECH Project Support to the Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (Dakar, Senegal). Technologies for Primary Health Care (PRITECH) Project, Arlington, VA (octobre).